



Revista Paulista de Pediatria

ISSN: 0103-0582

rpp@spsp.org.br

Sociedade de Pediatria de São Paulo
Brasil

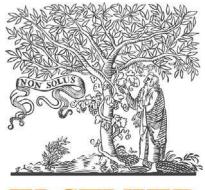
Máximo Garcia, Denise; Mekitarian Filho, Eduardo; Gilio, Alfredo Elias; Becker Lotufo,
João Paulo; Swei Lo, Denise

Estado nutricional, autopercepção do estado nutricional e experimentação de drogas
lícitas em adolescentes

Revista Paulista de Pediatria, vol. 33, núm. 3, 2015, pp. 332-339
Sociedade de Pediatria de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406041528013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



ARTIGO ORIGINAL

Estado nutricional, autopercepção do estado nutricional e experimentação de drogas lícitas em adolescentes



Denise Máximo Garcia, Eduardo Mekitarian Filho*, Alfredo Elias Gilio,
João Paulo Becker Lotufo e Denise Swei Lo

Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Recebido em 11 de setembro de 2014; aceito em 26 de novembro de 2014
Disponível na Internet em 19 de fevereiro de 2015

PALAVRAS-CHAVE

Peso corporal;
Alcoolismo;
Hábito de fumar

Resumo

Objetivo: Associar o estado nutricional e a autopercepção do estado nutricional com a experimentação de drogas lícitas em adolescentes.

Métodos: Estudo transversal no qual 210 adolescentes responderam a um questionário sobre experimentação de álcool e tabaco e sobre suas autopercepções nutricionais. Foi analisada a concordância entre autopercepção nutricional do adolescente e seu estado nutricional, bem como associações entre o estado nutricional, a autopercepção nutricional, sexo, idade e presença de tabagistas em casa com a experimentação de álcool e tabaco. As variáveis foram analisadas separadamente em análise bivariada e, a seguir, análise múltipla determinou fatores associados à experimentação.

Resultados: Participaram do estudo 210 adolescentes com mediana de idade de 148 meses, 56,6% do sexo feminino. Do total da amostra, 6,6% já experimentaram cigarro e 20% já experimentaram álcool; 32,3% tinham Z-escore IMC \geq 1 e 12,85% tinham Z-escore IMC \geq 2 e 50,7% acertaram suas classificações nutricionais. Após análise multivariada, apenas a autoimagem sobre o peso influenciou estatisticamente na experimentação de fumo. Pacientes que se identificavam com peso muito alto apresentaram maior chance de experimentação de fumo (*odds ratio* (OR) 13,57; intervalo de confiança (95% IC) 2,05-89,8; $p=0,007$); em relação ao uso de álcool, adolescentes que se identificavam com peso alto apresentaram chance de uso de álcool 2,40 vezes maior do que crianças que se viam com peso normal (IC 95% 1,08-5,32; $p=0,031$).

Conclusões: Adolescentes com autopercepção de excesso de peso podem constituir um grupo de risco para a experimentação de álcool e tabaco.

© 2015 Associação de Pediatria de São Paulo. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

E-mail: emf2002@uol.com.br (E. Mekitarian Filho).

KEYWORDS

Body weight;
Alcohol drinking;
Tobacco use

Nutritional status, nutritional self-perception, and use of licit drugs in adolescents

Abstract

Objective: To associate the nutritional status and the self-perception of nutritional status with the use of licit drugs among adolescents.

Methods: Cross-sectional study in which 210 adolescents answered a questionnaire on alcohol and tobacco experimentation and self-perceptions about their nutritional status. The correspondence between the adolescents' perception of their own nutritional status and actual nutritional status was analyzed, as well as associations between nutritional status, self-perception of nutritional status, gender, age, and presence of smokers at home with alcohol and tobacco use. The variables were analyzed separately in a bivariate analysis and, subsequently, a multivariate analysis determined the factors associated with drug use.

Results: The study included 210 adolescents with a median age of 148 months; 56.6% were females. Of the total sample, 6.6% have tried cigarettes, and 20% have tried alcohol; 32.3% had BMI Z-Score ≥ 1 , 12.85% had BMI Z-Score ≥ 2 , and 50.7% had a correct perception of his/her weight. After a multivariate analysis, only the self-perception about weight statistically influenced experimentation of tobacco, and patients who identified themselves as having very high weight were more likely to experiment tobacco (*odds ratio* (OR) 13.57; confidence interval (95% CI) 2.05-89.8; $p=0.007$); regarding alcohol use, adolescents who identified themselves as having high weight were 2.4 times more likely to experiment with alcohol than adolescents that identified themselves as having normal weight (95% CI 1.08-5.32, $p=0.031$).

Conclusions: Adolescents with self-perception of excess weight may constitute a risk group for alcohol and tobacco use.

© 2015 Associação de Pediatria de São Paulo. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

Nas últimas duas décadas verificou-se um aumento importante do excesso de peso em crianças e adolescentes em todo o mundo.¹⁻³ No Brasil, na comparação dos dados entre 1975 e 2010 na faixa etária entre 10 e 19 anos, o excesso de peso aumentou de 3,7% para 21,7% nos meninos e de 7,6% para 19% nas meninas. De acordo com dados do IBGE, 34,8% dos meninos e 32% das meninas tinham sobrepeso e 16,6% dos meninos e 11,8% das meninas tinham obesidade em 2010.⁴

A obesidade tornou-se a doença crônica não transmissível mais prevalente em crianças e adolescentes, com importantes repercussões futuras na saúde.⁵ O excesso de peso nessa população está associado à ocorrência de *diabetes mellitus* tipo 2 e doenças cardiovasculares, ao aumento da prevalência de obesidade e à maior morbimortalidade na idade adulta, além de maior risco de agravos psicossociais e abusos psicológicos na escola.⁶⁻¹⁰

A adolescência deve ser encarada como uma fase de crescimento e desenvolvimento marcada pela transformação. É uma fase da vida do ser humano caracterizada por mudanças biológicas, psicoemocionais e socioculturais que constituem um importante momento para a adoção de novas práticas, novos comportamentos e ganho de autonomia.¹¹ O descompasso entre essas transformações pode contribuir para a insatisfação do adolescente consigo e com seu corpo e conduzi-lo ao comportamento de risco e à vulnerabilidade. Estudos prévios sugerem que os adolescentes em geral percebem seu estado nutricional de forma inadequada;^{12,13} na maioria das vezes essa população tende a subestimar o

próprio estado nutricional, em especial aqueles com excesso de peso. Entretanto, nos últimos anos, notou-se uma mudança na percepção do estado nutricional do adolescente, com mais tendência à superestimativa e ao hábito de fazer dietas, especialmente as meninas, o que reflete as consequências do ideal magro valorizado pela sociedade.^{12,13}

A síndrome da adolescência normal é constituída por características importantes como a busca pela identidade, a tendência grupal, as variações do humor, a evolução da sexualidade e a separação dos pais, entre outras.¹¹ Tais características podem interferir na percepção que o adolescente tem sobre o próprio estado nutricional e, consequentemente, em seu grau de satisfação com a própria imagem corporal.¹⁴

O adolescente insatisfeito com sua imagem corporal pode lançar mão de comportamentos de risco, tais como dietas muito restritivas, prática de sexo não seguro e uso de drogas lícitas e ilícitas com o intuito de mudar o próprio corpo ou de ser mais aceito por seus semelhantes.^{15,16} Anualmente, milhões de adolescentes no mundo perdem a vida, a maioria por acidente de trânsito, suicídio e homicídio¹⁷ muitas vezes associados ao consumo de álcool ou de outras drogas.

Sabe-se que o início precoce do uso de drogas lícitas constitui um agravio imediato à saúde do adolescente.¹⁸ Alguns estudos sugerem que quando a experimentação de drogas lícitas na adolescência está associada a outros fatores de risco, como história familiar de abuso de substâncias, prática de outros comportamentos de risco, abuso de substância entre os pares, pouco envolvimento com a escola, entre

outros, pode ser um primeiro passo para o uso abusivo das mesmas drogas ou para a experimentação de drogas ilícitas no futuro.^{18,19}

Em nosso meio faltam estudos que verifiquem a associação entre o estado nutricional e autopercepção do estado nutricional do adolescente com a experimentação de drogas lícitas e poucos estudos que associem a percepção do estado nutricional do adolescente ao critério diagnóstico nutricional. Nossa objetivo é verificar a associação entre o excesso de peso ou autopercepção de excesso de peso e a experimentação de álcool e tabaco na adolescência.

Método

Trata-se de estudo transversal feito de fevereiro a março de 2010 no pronto atendimento do Hospital Universitário da USP (HU-USP).

O estado nutricional de 210 adolescentes entre 10 e 14 anos, cujo responsável havia procurado o hospital para atendimento do adolescente, foi avaliado. Foi usada uma amostra de conveniência, com a inclusão de um adolescente por hora, das 13 às 19 horas, de segunda a sexta-feira, durante o período do estudo.

O pronto atendimento no qual o estudo foi feito pertence a um hospital secundário, de baixa complexidade, são raros os casos de pacientes atendidos com doenças crônicas de base. Foram excluídos do estudo os adolescentes que, no momento do atendimento, tinham queixas de diarreia e/ou vômitos, portadores de doenças crônicas (inclusive asma), alterações do estado geral à admissão e que, durante ou logo após o atendimento, apresentaram pioria do estado geral ou foram levados para leitos de observação do pronto atendimento. As queixas mais frequentes foram gripes e resfriados, rouquidão, odinofagia, otalgia, conjuntivite, problemas urinários, cólicas menstruais, cefaleia, alterações agudas de pele e traumas leves.

Os adolescentes foram incluídos no estudo após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido por seu responsável, além da concordância em participar do estudo, e responderem o questionário. Todos os participantes tiveram o peso aferido com balança eletrônica marca Toledo, modelo 2096 PP/2, série 10113407, ano 2007, com precisão de 50g e capacidade de 200Kg, devidamente calibrada por empresa especializada segundo critérios do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro). A estatura foi aferida com estadiômetro fixo de alumínio da marca Toneli, modelo E 150 A, com precisão de 1mm e amplitude de medida de 400 a 2.200mm. As medidas foram tomadas em triplicata e a média dos valores foi usada para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), por meio da fórmula peso/kg/altura².

Um questionário foi fornecido aos adolescentes com as seguintes perguntas: 1) Frequentava a escola?; 2) Em que série você está?; 3) Já fumou alguma vez?; 4) Fuma regularmente? Se sim, quantos cigarros por dia?; 5) Mora com alguém que fuma?; 6) Já experimentou bebida alcoólica?; 7) Toma bebida alcoólica regularmente? Se sim, qual a frequência?; e 8) O que acha do seu peso? Para essa última questão foram oferecidas cinco opções de resposta: 1) muito baixo; 2) baixo; 3) está bom assim; 4) alto ou 5) muito alto. A

resposta “não sei” foi incluída em todas as questões, porém desconsiderada nas análises.

O questionário foi respondido pelo adolescente em uma sala reservada, para que as respostas não fossem influenciadas pela presença do responsável. Os questionários foram respondidos na presença da pesquisadora para eventuais esclarecimentos de dúvidas, porém sem qualquer tipo de interferência nas respostas.

Para o diagnóstico nutricional foram usados os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS). As respostas dos adolescentes sobre seu estado nutricional foram avaliadas conjuntamente com os critérios diagnósticos da OMS, que usam Z escore de IMC de acordo com o sexo. O estudo considerou que o adolescente acertou a classificação de seu estado nutricional nas seguintes situações: Z escore de IMC<-3 e resposta sobre o próprio peso “muito baixo”; Z escore de IMC entre -3 e -2 e resposta “baixo”; Z escore de IMC entre -2 e +1 e resposta “está bom assim”; Z escore de IMC entre +1 e +2 e resposta “alto” e Z escore de IMC>+2 e resposta “muito alto”.

As respostas obtidas com os questionários foram inicialmente descritas e categorizadas de acordo com o sexo do adolescente. As respostas sobre o estado nutricional foram comparadas com as classificações nutricionais objetivas para avaliar a autopercepção do adolescente, inicialmente em toda a amostra e, em seguida, de acordo com o sexo. Analisaram-se também a associação entre o estado nutricional do adolescente e a experimentação de álcool ou tabaco e entre a autoclassificação nutricional do adolescente e a experimentação das mesmas drogas.

As características quantitativas foram descritas segundo uso de álcool e fumo com uso de medidas resumo (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo) e comparadas entre os grupos com uso de testes *t* de Student. As características qualitativas avaliadas foram descritas segundo uso de álcool e fumo com uso de frequências absolutas e relativas. Foi verificada a associação por meio do teste do qui-quadrado ou exato de Fisher. Foram estimadas as *odds ratio* (OR) de cada variável de interesse com o uso de álcool e fumo, com os respectivos intervalos com 95% de confiança, por meio da técnica de regressão logística simples. Foram estimados modelos de regressão logística múltipla para uso de álcool e de fumo. Selecionaram-se as variáveis que, nos testes bivariados, apresentaram níveis de significância inferiores a 0,20 (*p*<0,20). Os testes foram feitos com nível de significância de 5%. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP (registro CEP/HU-USP 868/09).

Resultados

Participaram do estudo 210 adolescentes de 10 a 14 anos, com mediana de idade de 148 meses. Desses, 56,6% eram do sexo feminino e todos frequentavam a escola; 79,2% dos adolescentes do sexo masculino e 62,3% do feminino cursavam entre a 5^a e a 7^a séries do ensino fundamental.

Em relação à experimentação de drogas lícitas, 6,6% já haviam experimentado cigarro, 0,95% fumava com regularidade (pelo menos um cigarro por dia) e 44,7% conviviam com pelo menos um fumante em casa. Quanto ao álcool, 20% já

Tabela 1 Opinião do adolescente sobre o próprio estado nutricional e sua classificação nutricional objetiva de acordo com Z escore de índice de massa corporal (Z)

| Autoclassificação do adolescente | Classificação nutricional - n (%) | | | | | Total |
|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------|--------------------|---------------------|------------------|-------|
| | Magreza acentuada (Z<-3) | Magreza (-3<Z<-2) | Eutrofia (-2<Z<+1) | Sobrepeso (+1<Z<+2) | Obesidade (Z>+2) | |
| Muito magro | 0 | 2 (18,2) | 6 (54,5) | 2 (18,2) | 1 (9,1) | 11 |
| Magro | 0 | 1 (4,8) | 18 (85,7) | 1 (4,8) | 1 (4,8) | 21 |
| Está bom assim | 0 | 2 (1,8) | 83 (76,1) | 21 (19,3) | 3 (2,8) | 109 |
| Gordo | 0 | 0 | 23 (46,9) | 12 (24,5) | 14 (28,6) | 49 |
| Muito gordo | 0 | 0 | 2 (15,4) | 4 (30,8) | 7 (53,8) | 13 |
| Total | 0 | 5 (2,5) | 132 (65) | 40 (19,7) | 26 (12,8) | 203 |

haviam experimentado e 0,48% bebia com regularidade (um adolescente que relatou beber álcool uma vez por semana).

No que diz respeito à classificação nutricional do adolescente, 32,3% tinham Z-escore IMC ≥ 1 , 50% meninos, e 12,85% tinham Z-escore IMC ≥ 2 , 51,8% meninos. Dos 210 adolescentes que participaram do estudo, sete não souberam classificar seu estado nutricional, escolheram a resposta “não sei”; essas respostas foram desconsideradas na análise; restaram então 203 adolescentes. Desses, 50,7% acertaram a classificação de seu estado nutricional.

Daqueles que erraram seu estado nutricional, 69% o subestimaram e 31% o superestimaram.

Entre os adolescentes que se classificaram como peso alto, 24,5% de fato tinham Z escore de IMC entre +1 e +2. Daqueles que se classificaram com peso muito alto, 53,8% eram obesos (Z escore de IMC acima de +2). Entre os adolescentes com excesso de peso (Z score acima de +1) e que erraram suas classificações nutricionais, 65,1% subestimaram seu estado nutricional, como demonstrado na [tabela 1](#).

Tabela 2 Descrição das características avaliadas segundo experimentação de fumo

| Variável | Já fumou | | Total (n=210) | OR | 95% IC | | p-valor |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------|----------|----------|---------|
| | Não (n=196) | Sim (n=14) | | | Inferior | Superior | |
| <i>Sexo, n (%)</i> | | | | | | | 0,602 |
| Feminino | 112 (57,1) | 7 (50) | 119 (56,7) | 1,00 | | | |
| Masculino | 84 (42,9) | 7 (50) | 91 (43,3) | 1,33 | 0,45 | 3,95 | |
| <i>Fumante em casa, n (%)</i> | | | | | | | 0,656 |
| Não | 110 (56,1) | 7 (50) | 117 (55,7) | 1,00 | | | |
| Sim | 86 (43,9) | 7 (50) | 93 (44,3) | 1,28 | 0,43 | 3,79 | |
| <i>Impressão sobre o próprio peso, n (%)</i> | | | | | | | 0,004 |
| Muito magro | 10 (5,3) | 1 (7,1) | 11 (5,4) | 3,53 | 0,34 | 37,21 | |
| Magro | 21 (11,1) | 0 (0) | 21 (10,3) | - | | | |
| Normal | 106 (56,1) | 3 (21,4) | 109 (53,7) | 1,00 | | | |
| Gordo | 43 (22,8) | 6 (42,9) | 49 (24,1) | 4,93 | 1,18 | 20,61 | |
| Muito gordo | 9 (4,8) | 4 (28,6) | 13 (6,4) | 15,70 | 3,03 | 81,31 | |
| <i>Idade</i> | | | | | | | 0,841 |
| média (DP) | 148,2 (17,4) | 0,4 (1,3) | 1,2 (1,6) | 0,4 (1,3) | 1,00 | | |
| mediana (mín; máx) | 148 (116;180) | 146 (123;180) | 148 (116;180) | 1,00 | 0,97 | 1,04 | |
| <i>Z escore IMC</i> | | | | | | | 0,021 |
| média (DP) | 0,4 (1,3) | 1,2 (1,6) | 0,4 (1,3) | 1,00 | | | |
| mediana (mín; máx) | 0,4 (-2,8; 4,4) | 1,3 (-2,5; 3,4) | 0,4 (-2,8; 4,4) | 1,64 | 1,07 | 2,52 | |

OR, odds ratio; IC, intervalo de confiança; DP, desvio padrão.

Tabela 3 Modelo de regressão logística múltipla para a variável resposta experimentação de fumo pelos adolescentes

| Variável | OR | IC 95% | | p-valor |
|---------------------------------------|--------------|----------|----------|---------|
| | | Inferior | Superior | |
| <i>Impressão sobre o próprio peso</i> | | | | |
| Muito magro | 3,69 | 0,35 | 39,54 | 0,280 |
| Magro | ^a | | | 0,998 |
| Normal | 1,00 | | | |
| Gordo | 4,53 | 0,98 | 20,94 | 0,053 |
| Muito gordo | 13,57 | 2,05 | 89,80 | 0,007 |
| Z escore IMC | 1,09 | 0,63 | 1,60 | 0,763 |

OR, *odds ratio*; IC, intervalo de confiança.^a Não é possível estimar.

Entre as meninas, 49,2% acertaram suas classificações nutricionais; das que erraram, 60% subestimaram e 40% superestimaram. Entre os meninos, 52,9% acertaram suas classificações nutricionais; entre aqueles que erraram, 82,5% subestimaram e 17,5% superestimaram. Do total de meninas com excesso de peso, 27,2% acertaram suas classificações nutricionais e das que erraram 65,15% subestimaram. Do total dos meninos com excesso de peso, 30,3% acertaram suas classificações nutricionais e daqueles que erraram, 69,7% subestimaram.

Quanto à análise bivariada para o uso do tabaco, a **tabela 2** mostra que, isoladamente, a impressão sobre o próprio peso e o Z escore do IMC influenciaram na experimentação de fumo ($p=0,004$ e $p=0,021$, respectivamente). Na regressão multivariada, conforme demonstrado na **tabela 3**, verifica-se que apenas a autoimagem sobre o peso se associou à experimentação de fumo. As crianças que se viam com peso alto apresentaram chance de uso de álcool 2,40 vezes maior do que aqueles que se viam com peso normal.

de experimentação de fumo (OR 13,57; 95% IC 2,05-89,8; $p=0,007$).

Em relação à experimentação de álcool, verifica-se, de acordo com a **tabela 4**, na análise bivariada, que apenas a impressão sobre o próprio peso influenciou isoladamente no uso de álcool pelos adolescentes ($p=0,042$). A análise multivariada (**tabela 5**) mostra que apenas a impressão sobre o próprio peso influenciou conjuntamente na experimentação de álcool pelas crianças. Os adolescentes que se viam com peso alto apresentaram chance de uso de álcool 2,40 vezes maior do que aqueles que se viam com peso normal.

Discussão

Até o presente momento, não se conhecem dados a respeito da associação entre a percepção do peso corporal pelo adolescente e o risco de experimentação de drogas lícitas. Nossa

Tabela 4 Descrição das características avaliadas segundo experimentação de álcool

| Variável | Já bebeu | | Total (n=210) | OR | IC 95% | | p-valor |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|------|----------|----------|---------|
| | Não (n=169) | Sim (n=41) | | | Inferior | Superior | |
| <i>Sexo, n (%)</i> | | | | | | | 0,256 |
| Feminino | 99 (58,6) | 20 (48,8) | 119 (56,7) | 1,00 | | | |
| Masculino | 70 (41,4) | 21 (51,2) | 91 (43,3) | 1,49 | 0,75 | 2,95 | |
| <i>Fumante em casa, n (%)</i> | | | | | | | 0,145 |
| Não | 90 (53,3) | 27 (65,9) | 117 (55,7) | 1,00 | | | |
| Sim | 79 (46,7) | 14 (34,1) | 93 (44,3) | 0,59 | 0,29 | 1,21 | |
| <i>Impressão sobre o próprio peso, n (%)</i> | | | | | | | 0,042 |
| Muito magro | 10 (6,1) | 1 (2,5) | 11 (5,4) | 0,47 | 0,06 | 3,92 | |
| Magro | 20 (12,3) | 1 (2,5) | 21 (10,3) | 0,24 | 0,03 | 1,87 | |
| Normal | 90 (55,2) | 19 (47,5) | 109 (53,7) | 1,00 | | | |
| Gordo | 33 (20,8) | 16 (40) | 49 (24,1) | 2,30 | 1,06 | 4,99 | |
| Muito gordo | 10 (6,1) | 3 (7,5) | 13 (6,4) | 1,42 | 0,36 | 5,66 | |
| <i>Idade</i> | | | | | | | 0,071 |
| média (DP) | 147,2 (17,2) | 152,6 (18,3) | 148,2 (17,5) | 1,00 | 1,00 | | |
| mediana (mín; máx) | 147 (116;180) | 156 (119;179) | 148 (116;180) | 1,02 | 1,00 | 1,04 | |
| <i>Z escore IMC</i> | | | | | | | 0,482 |
| média (DP) | 0,4 (1,3) | 0,3 (1,2) | 0,4 (1,3) | 1,00 | | | |
| mediana (mín; máx) | 0,5 (-2,8; 4,4) | 0,3 (-2,5; 2,5) | 0,4 (-2,8; 4,4) | 0,91 | 0,70 | 1,19 | |

OR, *odds ratio*; IC, intervalo de confiança; DP, desvio padrão.

Tabela 5 Modelo de regressão logística múltipla para a variável resposta experimentação de álcool pelos adolescentes

| Variável | OR | IC 95% | | p-valor |
|--|------|----------|----------|---------|
| | | Inferior | Superior | |
| <i>Idade</i> | 1,01 | 0,99 | 1,03 | 0,261 |
| <i>Impressão sobre o próprio peso, n (%)</i> | | | | 0,102 |
| Muito magro | 0,55 | 0,07 | 4,65 | 0,584 |
| Magro | 0,28 | 0,04 | 2,25 | 0,231 |
| Normal | 1,00 | | | |
| Gordo | 2,40 | 1,08 | 5,32 | 0,031 |
| Muito gordo | 1,33 | 0,33 | 5,43 | 0,692 |
| <i>Fumante em casa</i> | 0,58 | 0,27 | 1,23 | 0,152 |

OR, *odds ratio*; IC, intervalo de confiança.

estudo demonstrou que a autoavaliação do peso em sobre-peso e obesidade pode se associar ao aumento da chance de consumo de tais drogas na adolescência.

As altas prevalências de sobrepeso (32,3%) e obesidade (12,9%) encontradas neste estudo reforçam a tendência mundial de aumento dessas alterações nutricionais em crianças e adolescentes.¹⁻⁴ Em nosso estudo, a prevalência de excesso de peso foi maior nos meninos, uma tendência que se reflete nas faixas etárias mais jovens.⁴ O excesso de peso no adolescente já é isoladamente um fator de risco cardiovascular importante e, quando associado ao uso de álcool e ao tabagismo, pode levar a importantes e precoces repercussões na saúde do adulto.^{5,20}

A concordância global entre a autopercepção do adolescente e sua classificação nutricional dada pelo Z escore de IMC foi de 50,7%. Esse valor difere de estudos anteriormente feitos no Brasil, que sugerem que 65% a 70% dos adolescentes acertam suas classificações nutricionais.^{21,22} Essa diferença se deve a dois principais motivos. Primeiro, nossa amostra considerou uma faixa etária que engloba a adolescência precoce (10 a 14 anos), enquanto outro estudo brasileiro analisou a faixa etária da adolescência tardia (14 a 19 anos). Essa última é mais estável do ponto de vista fisiológico e com mais condições de percepção correta do próprio corpo.²² Segundo, a população avaliada no presente estudo frequentava escolas públicas, enquanto a população de outro estudo feito em Salvador e que avaliou a mesma faixa etária frequentava escolas particulares, o que pode sugerir que diferenças socioeconômicas interfiram na percepção nutricional do adolescente; entretanto, dados adicionais sobre tais diferenças são necessários para fundamentar tal afirmação.²²

Entre os adolescentes que erraram suas classificações nutricionais, a maioria subestimou o peso. Isso aconteceu em ambos os sexos, inclusive nos adolescentes com excesso de peso; entretanto, os meninos subestimaram o próprio estado nutricional mais dos que as meninas (82,5×60%). Isso pode refletir uma característica cultural de valorização dos meninos “fortes” em todas as faixas etárias, principalmente entre os adolescentes, que muitas vezes buscam um corpo mais musculoso.²³ Estudos prévios revelam que, desde bebês, os meninos têm seus pesos mais subestimados

por suas mães do que as meninas.²⁴ Como nosso estudo avaliou apenas a adolescência precoce, muitas respostas dos adolescentes podem refletir as opiniões maternas.

No presente estudo, muitos adolescentes conviviam com pelo menos um fumante em casa; entretanto, esse não foi um fator associado à experimentação de drogas lícitas, achado que difere de achados de estudos anteriores, que sugerem que o exemplo parental aumenta o risco de experimentação dessas drogas pelos adolescentes.¹⁸ Além disso, em nosso estudo, a frequência de experimentação de cigarros foi baixa (6,6%) se comparada com dados nacionais anteriores.²⁵ Pesquisa nacional feita em 2004, em 12 capitais, com adolescentes entre 13 e 15 anos, revelou que a frequência de experimentação de cigarros é alta, chega a 50% em estados do Nordeste.²⁵ Os resultados obtidos no presente estudo podem ser reflexo do esforço mundial de conscientização sobre os malefícios do tabagismo à saúde.²⁶

Cerca de 20% dos adolescentes aqui analisados já haviam experimentado álcool, frequência menor do que as encontradas em estudo populacional anterior, no qual a percentagem de experimentação de álcool em adolescentes de São Paulo ultrapassou 70%.²⁷ A explicação para esse achado é a mediana de idade de nossa amostra (12 anos), a idade mais comum de experimentação de álcool entre os adolescentes é próxima dos 12 anos (20%) e aumenta entre 13 e 14 anos (30% a 40%).²⁸

Estudos prévios demonstram dados semelhantes aos aqui encontrados em relação à associação positiva entre o excesso de peso e a experimentação de tabaco.^{29,30} Nesses trabalhos, sugere-se que o excesso de consumo de alimentos pode ser conceituado como um comportamento viciante. Grande parte da evidência vem de similaridades neurobiológicas entre o consumo de drogas e o consumo de alimentos. Além disso, tem sido observada uma relação inversa entre o consumo de álcool e o índice de massa corporal, relação essa que pode ser influenciada por fatores psicossociais, como história familiar de alcoolismo.²⁸

Estudo de revisão sobre excesso de peso e comportamento de risco na adolescência evidenciou que o primeiro não é necessariamente um fator de risco para o uso de drogas lícitas ou ilícitas; porém, fatores psicossociais que envolvem o sobrepeso e a obesidade podem aumentar a vulnerabilidade do adolescente a esse tipo de comportamento.²⁹ O presente estudo demonstrou forte associação entre a autoclassificação como peso alto ou muito alto e a experimentação prévia de tabaco e álcool, independentemente do estado nutricional real do adolescente. Um fator que pode contribuir para tal associação é o possível sentimento de exclusão dos adolescentes que se julgam obesos em relação ao seu grupo, já que frequentemente são alvo de agressões e abusos psicológicos nas escolas¹⁰ e, consequentemente, podem lançar mão de comportamentos de risco, como o uso de drogas lícitas, no intuito de se sentir aceitos.^{22,23,29}

O presente estudo apresenta limitações que merecem ser citadas. A primeira é a seleção da amostra, feita por conveniência, o que não permite a extrapolação dos resultados para a população geral. A segunda envolve a análise da percepção nutricional. Por tratar-se de uma variável subjetiva, a aplicação de questionário com opções fechadas pode limitar as respostas do adolescente. Ferramentas como escalas de silhuetas e questionários que avaliem a

autopercepção da imagem corporal poderiam melhorar a especificidade das respostas dos adolescentes em relação ao que acham do próprio corpo. A terceira é a ausência de seguimento ambulatorial do adolescente. A abordagem circunstancial no pronto atendimento pode ter interferido na resposta do adolescente quanto à experimentação de drogas lícitas, por uma possível não confiança no sigilo das respostas ou pelo estresse de algum evento que o tenha levado ao pronto atendimento. É importante ressaltar, também, que pode haver coincidência entre os fatores ambientais e psicológicos que levam um adolescente à obesidade e também ao uso de drogas lícitas e ilícitas, o que pode ter contribuído adicionalmente para os achados do estudo. Por fim, o questionário aplicado aos adolescentes foi desenvolvido apenas para o presente estudo, não foi validado nem sua variabilidade entre aplicadores foi avaliada. Uma ferramenta de questionário mais fidedigna pode trazer informações mais confiáveis quanto às variáveis associadas à experimentação de drogas lícitas na adolescência.

Nossos achados sobre a associação entre excesso de peso, autopercepção do estado nutricional e experimentação de drogas lícitas merecem especial atenção no que diz respeito à promoção da saúde do adolescente, não apenas porque o uso de drogas lícitas constitui um agravo imediato à saúde do adolescente, mas porque também pode estar relacionado ao uso abusivo das mesmas drogas no futuro e à experimentação de drogas ilícitas.^{19,27,30}

Financiamento

O estudo não recebeu financiamento.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic [Report of a WHO Consultation on Obesity, 1997]*. Geneva: WHO; 1998.
2. World Health Organization. *The World Health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO; 2002.
3. Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr*. 2002;75:971-7.
4. Brasil- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa do Orçamento Familiar 2008-2009. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acessado em 10 de janeiro de 2014.
5. Freedman DS, Khan LK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*. 2001;108:712-8.
6. Fagot-Campagna A, Saaddine JB, Flegal KM, Beckles GL. Diabetes, impaired fasting glucose, and elevated HbA_{1c} in U.S. adolescents: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Diabetes Care*. 2001;24:834-7.
7. Sinha R, Fisch G, Teague B, Tamborlane WV, Banyas B, Allen K, et al. Prevalence of impaired glucose tolerance among children and adolescents with marked obesity. *N Engl J Med*. 2002;346:802-10.
8. Must A, Jacques PF, Dallal GE, Bajema CJ, Dietz WH. Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. A follow-up of the Harvard Growth Study of 1922 to 1935. *N Engl J Med*. 1992;327:1350-5.
9. Pearce MJ, Boergers J, Prinstein MJ. Adolescent obesity, overt and relational peer victimization, and romantic relationships. *Obes Res*. 2002;10:386-93.
10. Janssen I, Craig WM, Boyce WF, Pickett W. Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*. 2004;113:1187-94.
11. Saito MI. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco [editorial]. *Pediatria (São Paulo)*. 2000;22:217-9.
12. Quick V, Nansel TR, Liu D, Lipsky LM, Due P, Iannotti TJ. Body size perception and weight control in youth: 9-year international trends from 24 countries. *Int J Obes (Lond)*. 2014;38:988-94.
13. Jasik CB. Body image and health: eating disorders and obesity. *Prim Care*. 2014;41:519-37.
14. Wang Y, Liang H, Chen X. Measured body mass index, body weight perception, dissatisfaction and control practices in urban, low-income African American adolescents. *BMC Public Health*. 2009;9:183.
15. Johnson F, Wardle J. Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *J Abnorm Psychol*. 2005;114:119-25.
16. Tedesco S. Adolescência e drogas: algumas indicações éticas e políticas. In: Mello A, Castro AL, Geiger M, editors. *Conversando sobre adolescência e contemporaneidade*. Porto Alegre: Libretos; 2004. p. 106-11.
17. World Health Organization. Adolescents: health risks and solutions. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en>. Acessado em 23 de novembro de 2014.
18. Latimer W, Zur J. Epidemiologic trends of adolescent use of alcohol, tobacco, and other drugs. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2010;19:451-64.
19. Everett SA, Giovino GA, Warren CW, Crossett L, Kann L. Other substance use among high school students who use tobacco. *J Adolesc Health*. 1998;23:289-96.
20. Li S, Yun M, Fernandez C, Xu J, Srinivasan SR, Chen W, et al. Cigarette smoking exacerbates the adverse effects of age and metabolic syndrome on subclinical atherosclerosis: the Bogalusa Heart Study. *PLoS One*. 2014;9:e96368.
21. Boa-Sorte N, Neri LA, Leite ME, Brito SM, Meirelles AR, Luduvice FB, et al. Maternal perceptions and self-perception of the nutritional status of children and adolescents from private schools. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83:349-56.
22. Branco LM, Hilário MO, Cintra IP. Perception and satisfaction with body image in adolescents and correlations with nutrition status. *Rev Psiq Clin*. 2006;33:292-6.
23. Iriart JA, Andrade TM. Body-building, steroid use, and risk perception among young body-builders from a low-income neighborhood in the city of Salvador, Bahia State, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2002;18:1379-87.
24. Francescatto C, Santos NS, Coutinho VF, Costa RF. Mothers' perceptions about the nutritional status of their overweight children: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2014;90:332-43.
25. Instituto Nacional de Câncer. Vigescola: vigilância de tabagismo em escolares: dados e fatos de 12 capitais brasileiras. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigescola.vol1.pdf>. Acessado em 11 de agosto de 2014.
26. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CM, Godoy I, Chatkin JM, Sales MP, et al. Smoking cessation guidelines - 2008. *J Bras Pneumol*. 2008;34:845-80.
27. Malta DC, Mascarenhas MD, Porto DL, Duarte EA, Sardinha LM, Barreto SM, et al. Prevalence of alcohol and drug consumption among adolescents: data analysis of the National Survey of School Health. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14 Suppl 1: 136-46.

28. Gearhardt AN, Corbin WR. Body mass index and alcohol consumption: family history of alcoholism as a moderator. *Psychol Addict Behav.* 2009;23:216–25.
29. Rosa MF, Gonçalves S, Antunes H. Risk-taking behaviors and overweight in adolescence. A review of the literature. *Acta Pediatri Port.* 2012;43:128–34.
30. Everett SA, Malarcher AM, Sharp DJ, Husten CG, Giovino GA. Relationship between cigarette, smokeless tobacco, and cigar use, and other health risk behaviors among U.S. high school students. *J Sch Health.* 2000;70:234–40.