



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS – RIO CLARO



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA MOTRICIDADE

**ACONSELHAMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA
PREVENÇÃO DO SOBREPESO E OBESIDADE NA
INFÂNCIA: UM ESTUDO PILOTO**

CAMILLA LIE HIGA

Dissertação apresentada ao Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Motricidade.

Fevereiro - 2018

**ACONSELHAMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA
PREVENÇÃO DO SOBREPESO E OBESIDADE NA
INFÂNCIA: UM ESTUDO PILOTO**

CAMILLA LIE HIGA

Dissertação apresentada ao Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Motricidade.

Orientadora: Profa. Dra. Priscila Missaki Nakamura

**Rio Claro
Fevereiro - 2018**

796.19 Higa, Camilla Lie
H634a Aconselhamento como estratégia para prevenção do
sobrepeso e obesidade na infância : um estudo piloto /
Camilla Lie Higa. - Rio Claro, 2018
148 f. : il., figs., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista,
Instituto de Biociências de Rio Claro
Orientadora: Priscila Missaki Nakamura

1. Educação física. 2. Intervenção infantil. 3. Breve
aconselhamento. 4. Obesidade infantil. 5. Saúde na escola. I.
Título.

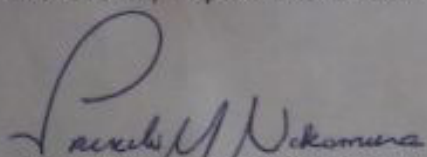
CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: ACONSELHAMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO DO SOBREPESO E OBESIDADE NA INFÂNCIA: UM ESTUDO PILOTO

AUTORA: CAMILLA LIE HIGA

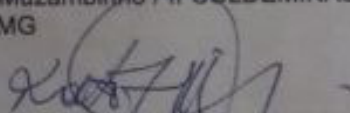
ORIENTADORA: PRISCILA MISSAKI NAKAMURA

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Mestra em CIÊNCIAS DA MOTRICIDADE, especialidade: ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE pela Comissão Examinadora:



Profa. Dra. PRISCILA MISSAKI NAKAMURA

Campus Muzambinho / IFSULDEMINAS - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais - MG



Prof. Dr. ROBERTO TADEU IAOCHITE

Departamento de Educação / UNESP - Instituto de Biociências de Rio Claro - SP

Prof. Dr. PAULO HENRIQUE DE ARAÚJO GUERRA
UFFS / Universidade Federal da Fronteira Sul - Chapecó/SC

Rio Claro, 22 de dezembro de 2017

*“Nem tudo saiu do jeito que nós projetamos,
mas ninguém pode discordar que tudo que nós
fizemos foi feito com garra e amor”*

RESUMO

Introdução: A obesidade infantil vem num crescimento exponencial. Nesse contexto, a família desempenha papel indispensável na construção de hábitos saudáveis, e quando associado à Educação e a Saúde, tal processo passa a ser completo e mais eficaz. O breve aconselhamento parece ser uma boa estratégia para estreitar tais laços, a fim de se realizar um trabalho conjunto e melhorar hábitos das crianças.

Objetivo: Verificar os efeitos de uma intervenção de BA, abordando as esferas de atividade física e alimentação saudável à família sobre a criança, com apoio de escolas públicas e a Unidade de Saúde da Família (USF).

Métodos: Participaram do estudo 14 pais/responsáveis e 38 crianças entre 6 e 10 anos do EF-I estavam matriculados nas 2 escolas públicas municipais sorteadas no município do interior paulista, com proximidade de 2 USF que auxiliaram nas coletas. As crianças realizaram avaliações antropométricas mensais e responderam ao questionário em três momentos. Os pais receberam BA durante o período de 6 meses, responderam questionários de 2 em 2 meses. E professores e ACS responderam questionário no momento pré e pós. Para os dados estatísticos utilizou-se de média, desvio padrão e porcentagem, ANOVA para medidas repetidas e teste de qui-quadrado com intenção de tratar. As análises foram conduzidas por meio do software SPSS versão 21.0 e Excel 2013, com valor de $p \leq 0,05$. Ainda realizou-se análise de conteúdo para os dados qualitativos.

Resultados: As crianças atingiram as diretrizes de 60 minutos de atividades moderadas a vigorosas ($140,76 \pm 114,91$; $138,10 \pm 114,17$; $111,60 \pm 121,67$) entretanto o tempo despendido em comportamento sedentário aumentou entre as coletas ($103,57 \pm 136,98$; $152,28 \pm 277,38$; $185,18 \pm 173,99$). Os pais não atingiram as recomendações de 150 minutos de AF no lazer por semana nas coletas 2 e 3 ($174,28 \pm 207,13$; $135,00 \pm 190,53$; $138,57 \pm 194,25$) e também apresentaram níveis altos de comportamento sedentário. Em relação a alimentação saudável os resultados apontam que há uma preocupação com a mesma, entretanto observa-se uma alta ingestão de alimentos ultra processados. A parte qualitativa demonstrou que há a busca da mudança em relação a atividade física e alimentação saudável, melhorando assim a qualidade de vida dos pais e conseqüentemente das crianças. Na parceria entre Educação e Saúde encontrou-se dificuldades, mas observou-se uma efetividade nos momentos em que participaram.

Conclusão: Os dados quantitativos apontam o papel fundamental que a família e escola exercem sobre a criança, e o mesmo é reforçado a partir dos dados qualitativos. A dificuldade na comunicação entre Educação e Saúde foi encontrada, mas nos momentos de participação demonstraram serem importantes e efetivos. Dessa forma, há indícios de que o BA à família sobre a criança, com apoio de escolas públicas e USF, parecem ser efetivas.

Palavras chaves: Breve Aconselhamento, Obesidade Infantil, Saúde na Escola.

ABSTRACT

Introduction: Childhood obesity has grown exponentially. In this context, the family plays an indispensable role in the construction of healthy habits, and when associated with Education and Health, this process becomes complete and more effective. Brief advice seems to be a good strategy to strengthen such ties in order to work together and improve children's habits. **Objective:** To verify the effects of a BA intervention, addressing the spheres of physical activity and healthy diet to the family on the child, with support from public schools and the Family Health Unit (USF). **Methods:** Participated in the study 14 parents/guardians and 38 children between 6 and 10 years of EF-I were enrolled in the 2 municipal public schools drawn in the city of the interior of São Paulo, with close to 2 USFs that assisted in the collections. The children performed monthly anthropometric assessments and answered the questionnaire in three moments. Parents received BA during the 6-month period, answered questionnaires every 2 months. And teachers and ACS answered questionnaire in the pre and post moments. For statistical data, mean, standard deviation and percentage were used, ANOVA for repeated measurements and chi-square test with intention to treat. The analyzes were conducted using software SPSS version 21.0 and Excel 2013, with a value of $p \leq 0.05$. Content analysis was also performed for qualitative data. **Results:** Children reached the 60-minute guidelines for moderate to vigorous activities ($140,76 \pm 114,91$; $138,10 \pm 114,17$; $111,60 \pm 121,67$), however the time spent in sedentary behavior increased among the collections ($103,57 \pm 136,98$; $152,28 \pm 277,38$; $185,18 \pm 173,99$). The parents did not reach the recommendations of 150 minutes of AF at leisure per week in collections 2 and 3 ($174,28 \pm 207,13$; $135,00 \pm 190,53$; $138,57 \pm 194,25$), and also showed high levels of sedentary behavior. Regarding healthy eating, the results indicate that there is a concern with it, however, a high intake of ultra-processed foods is observed. The qualitative part showed that there is a search for change in relation to physical activity and healthy eating, thus improving the quality of life of parents and consequently of children. In the partnership between Education and Health there were difficulties, but an effectiveness was observed in the moments in which they participated. **Conclusion:** The quantitative data point out the fundamental role that the family and school play in the child, and it is reinforced from the qualitative data. The difficulty in the communication between Education and Health was found, but in the moments of participation they demonstrated to be important and effective. Thus, there are indications that the BA to the family on the child, with support from public schools and USF, appear to be effective.

Key words: Brief Counseling, Childhood Obesity, Health at School.

Lista de figuras

Figura 1 – Custos compostos da inatividade física durante uma vida	25
Figura 2 – Recrutamento das escolas e USF	34
Figura 3 – Distribuição das crianças no início da intervenção	36
Figura 4 – Acompanhamento dos pais participantes nos encontros de BA	37
Figura 5 – Participação de professores e ACS na intervenção.....	38
Figura 6 – Guia para um estilo de vida saudável.....	41
Figura 7 – Guia para uma alimentação saudável	42
Figura 8 – Diminuindo o comportamento sedentário	43
Figura 9 – Diminuindo a ingestão de alimentos não saudáveis	43
Figura 10 – O importante é se movimentar	44
Figura 11 – Recomendações para a prática de AF e alimentação saudável	45
Figura 12 – Transpondo barreiras	46
Figura 13 – Relógio questionário LAF	50

Lista de tabelas

Tabela 1 – Estudos realizados com crianças para promoção de AF e alimentação saudável segundo autor, ano, localidade, amostra, faixa etária, atividades desenvolvidas e principais resultados	27
Tabela 2 – Características antropométricas das crianças ao longo da intervenção de 6 meses	55
Tabela 3 – Dados do NAF em todos os domínios e CS das crianças ao longo da intervenção de 6 meses	56
Tabela 4 – Classificação de saúde dos filhos na visão dos pais	56
Tabela 5 – Dados descritivos dos pais	57
Tabela 6 – Classificação de saúde dos pais	58
Tabela 7 – Dados do NAF no trabalho, transporte, doméstico e lazer, e CS dos pais	58
Tabela 8 – Dados do tempo de CS dos pais	59
Tabela 9 – Dados de conhecimento e comportamento saudável dos pais	60
Tabela 10 – Dados do estado nutricional dos pais	61
Tabela 11 – Dados do estado nutricional das crianças de acordo com a percepção dos pais	61
Tabela 12 – Avaliação dos pais em relação aos hábitos de alimentação saudável e atividade física na coleta 5	62
Tabela 13 – Avaliação dos pais em relação aos hábitos de alimentação saudável e atividade física na coleta 6	63
Tabela 14 – Avaliação dos pais em relação aos hábitos de alimentação saudável e atividade física na coleta 7	64
Tabela 15 – Características sociodemográficas e profissionais de professores e ACS	65
Tabela 16 – Avaliação de professores e ACS em relação a intervenção nos momentos pré e pós: questões fechadas	66
Tabela 17 – Avaliação de professores e ACS em relação a intervenção nos momentos pré e pós: questões abertas	67

Lista de abreviaturas e siglas

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AF.....	Atividade Física
BA.....	Breve Aconselhamento
CD.....	Crescimento e Desenvolvimento
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CS.....	Comportamento Sedentário
DNCT.....	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EF-I.....	Ensino Fundamental I
GC	Grupo Controle
GEPAFES.....	Grupo de Estudos em Atividade Física e Saúde
GEPEEFS.....	Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação Física e Saúde
GI.....	Grupo Intervenção
HSBC.....	Health Behaviour in School-aged Children
HTPC.....	Hora de Trabalho Pedagógico Coletivo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFSULDEMINAS	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais
IMC	Índice de Massa Corporal
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas
IOTF	International Obesity Task Force
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
IREPS	Iniciativa Regional Escolar Promotoras de Saúde
LAF	Lista de Atividades Físicas
METs	Equivalentes Metabólicos
NAF	Nível de Atividade Física
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS.....	Organização Pan-Americana de Saúde
PA.....	Pressão Arterial
PeNSE.....	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PIBIDPrograma Instituição de Bolsas de Iniciação à Docência
PNDS..... Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNSPesquisa Nacional de Saúde
PSEPrograma Saúde na Escola
SEADE..... Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SUS Sistema Único de Saúde
TALE..... Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE..... Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TTMTranstheoretical Model (Modelo Transteorético)
UBS Unidade Básica de Saúde
UNESP Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
USF Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA	15
3. OBJETIVO	17
3.1 Geral	17
3.2 Específico	17
4. REVISÃO DE LITERATURA	18
4.1 Sobrepeso e obesidade	18
4.2 Mecanismos relacionados à obesidade e fatores de risco	19
4.3 Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil e influência da prática de atividade física e alimentação saudável	21
4.4 Tipos de intervenções	24
4.5 Breve Aconselhamento	29
4.6 Programa Saúde na Escola	31
5. METODOLOGIA	33
5.1 Questões de ética	33
5.2 Logística e recrutamento da amostra	33
5.2.1 USF e escolas	33
5.2.2 Crianças	35
5.2.3 Pais/responsáveis	37
5.2.4 Professores e ACS	38
5.3 Protocolo de intervenção Breve Aconselhamento	39
5.3.1 Fundamentação teórica	39
5.3.2 Elaboração dos folders	40
5.3.3 Funcionamento do BA	47
5.4 Instrumento para coleta de dados	49
5.4.1 Crianças	49
5.4.1.1 Avaliações antropométricas	49
5.4.1.2 Nível de atividade física e comportamento sedentário	49
5.4.2 Pais/responsáveis	51
5.4.2.1 Anamnese clínica	51
5.4.2.2 Nível de atividade física	51
5.4.2.3 Comportamento sedentário	52

5.4.2.4 Estado nutricional	52
5.4.2.5 Conhecimento e comportamento saudável	52
5.4.3 Professores/ACS	53
5.4.3.1 Avaliação das escolas e do SUS.....	53
5.5 Análise estatística	54
6. RESULTADOS.....	55
6.1 Crianças.....	55
6.2 Pais/responsáveis.....	57
6.3 Professores e ACS	64
7. DISCUSSÃO	70
7.1 Crianças.....	70
7.2 Pais/responsáveis.....	73
7.3 Professores e ACS	79
8. CONCLUSÃO	85
9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	86
ANEXO	107
APÊNDICE	127

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada a pandemia do século XXI, sendo essa uma doença psico-física-social que afeta todos os grupos sociais e faixas etárias. Pertencente ao grupo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), é fator de risco para o desenvolvimento de diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, e até mesmo problemas psicossociais (LESSA, 2004; DÂMASO, 2003; WHO, 2000).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) no ano de 2014, mais de 1,9 bilhões de adultos acima de 18 anos tinham sobrepeso e 600 milhões eram obesos. Em relação a obesidade infantil mundial, dados mostraram que 43 milhões são obesos e sugerem que em 2020 tal índice seja de 9,1% ou 60 milhões de crianças com sobrepeso e/ou obesidade (ONIS, BLOSSNER & BORGHI, 2010). Levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) apresentou que o nível de obesidade de crianças entre 5 a 9 anos nas regiões Norte e Nordeste se aproximavam aos 30%, enquanto nas regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste ultrapassavam os 35%.

A obesidade é um grupo heterogêneo de condições com múltiplas causas que refletem a interação de fatores ambientais e dietéticos, juntamente com a predisposição genética (FRANCISCHI et al, 2000; WHO, 1990). Na infância o excesso de peso associa-se por uma combinação de fatores de desequilíbrio alimentar, inatividade física, propensão genética, fatores psicológicos, etnia, condição socioeconômica e estilo de vida familiar (SALBE & RAVUSSIN, 2000).

Tem-se conhecimento que neste período da vida a criança absorve e assimila tudo e o estilo de vida juntamente com o comportamento dos pais desempenham papel de “modelo”, sendo esse um importante determinante para os hábitos e costumes que a criança virá a adquirir (GERARDS et al, 2011; SLEDDENS et al, 2011; XU et al, 2013; BIRCH & VENTURA, 2009; LINDSAY et al, 2006).

Além da família, faz-se importante a escola pois no campo da educação se discute os significados do social, do político, do econômico, do humano, do cultural e do educativo (DA SILVA, 1998), além de ser um ambiente em que a criança passa grande parte de seu tempo, assim, tornando o professor uma ferramenta fundamental para construção da educação básica que perante uma visão cidadã é um dos bens mais preciosos para o desenvolvimento de uma sociedade (GADOTTI E ROMÃO, 2012). Durkheim (2011) afirma que a educação é uma ação dos adultos sobre crianças

e jovens e tem como objetivo desenvolver na criança estados físicos, intelectuais e morais exigidos pelo conjunto da sociedade política e pelo meio específico ao qual está destinada.

Tendo em vista que a obesidade e as doenças associadas são um causa agravante, profissionais da saúde inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) do mesmo modo que a escola, passam a ser fundamentais no controle do sobrepeso infantil, assim como na conscientização à família sobre seus riscos e sobre os hábitos que devem ser adotados, ainda, para que haja efetividade da informação, é necessário uma orientação e “treinamento” dos mesmos.

Dentro desse contexto, é preciso estreitar os laços entre Educação e Saúde visto que são dois grandes polos que influenciam direta e indiretamente a vida da criança, dessa forma, tornando-as ativas e efetivas em sua comunidade, pois ambas não podem ser aplicadas de forma isolada (MARCONDES, 1972).

Portanto, a educação para a saúde na escola passa a ser uma importante estratégia, uma vez que a política escolar possui o poder de promoção e incentivo na formação de atitudes e valores ao estudante, como a prática de atividade física (AF) e hábitos alimentares saudáveis, com intuito de os motivar ao interesse, entendimento, aprendizado e até mesmo as mudanças de hábitos dos adultos, adquirindo um olhar crítico às informações tornando-os seres “capazes e pensantes” (MARCONDE, 1972; MELLO, LUFT & MEYER, 2004; SAHOTA et al, 2001).

Neste contexto intervenções, programas e projetos vem sendo desenvolvidos ao longo do tempo, como os do Ministério da Saúde que desde 1984 visam a saúde da criança. Entretanto, há uma grande dificuldade de promover educação em saúde de forma única e eficaz para crianças e seus pais.

Diante disso, uma estratégia que vem sendo bastante adotada é o Breve Aconselhamento (BA) que é capaz de abranger todos os conteúdos e seus diferentes níveis de entendimento, assim promovendo e empoderando o indivíduo na construção de seu próprio ser (WHO, 1995). Tal estratégia se dá por meio de um processo ativo do indivíduo, em que o mesmo se reconhece e se transforma à partir do conhecimento compartilhado por parte do locutor, podendo ela ser realizada por meio de discussão individual ou em grupo, utilizando materiais de apoio ou não (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; ANOYKE, LORD & FOX-RUSHBY, 2014). O BA passa a ser uma ferramenta efetiva, pois seu grande potencial é empoderar o indivíduo que recebe o aconselhamento e na infância a efetividade de intervenções que utilizam dessa

estratégia demonstram melhora no nível de atividade física (NAF) e hábitos saudáveis (VALÉRIO, NOVAIS & RAMOS, 2014).

Um programa que utiliza em parte de sua construção é o “Programa Saúde na Escola - (PSE)” que visa a integração e articulação da educação e saúde, proporcionando melhora da qualidade de vida de crianças e jovens da rede pública de ensino (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016). Mas apesar de atender as demandas necessárias para proporcionar melhor qualidade de vida às crianças, além da comunicação entre educação, saúde e família, não se faz vigente de forma homogênea em todas as regiões brasileiras, com maiores ações apenas no Norte e Nordeste do país, apontando a importância da implementação nas demais cidades (MACHADO et al, 2014).

Becker, Gonçalves e Reis (2016) a partir de uma revisão sistemática, constataram que só uma intervenção com crianças e adolescentes contemplou a busca em torno de programas de promoção da atividade física no SUS. Essa por sua vez, não verificou diferenças significativas no aumento de AF e melhores escolhas na alimentação de escolares atribuindo esses resultados ao baixo envolvimento das unidades educacionais e participação de profissionais da educação (FERREIRA, JARDIM & PEIXOTO, 2013), além da predominância de características de práticas curativas e individualistas (MACHADO et al, 2015).

A OMS (2006) em uma revisão de literatura sobre promoção da saúde nas escolas destacou a eficácia na mudança de jovens em programas sobre alimentação saudável e atividades físicas, resultado de alterações no ambiente escolar, que incluíram currículo, intensivas intervenções em período de longa duração e envolvimento da comunidade.

Sendo assim, investigar a implementação de programas similares aos PSE e a utilização da estratégia de BA são importantes para criar programas voltados para essa prática, uma vez que o processo na infância visa proporcionar melhor qualidade de vida a longo prazo, tornando-a essencial.

2 JUSTIFICATIVA

A obesidade é uma doença que muitas vezes pode acarretar prejuízos a saúde dos indivíduos (NAHAS, 1999; SEGAL & FANDIÑO, 2002) e tornou-se em escala mundial um problema sério de saúde coletiva. Quando analisados a nível infantil a situação passa ser mais preocupante, uma vez que o sobrepeso e obesidade causam mais mortes a nível mundial, em relação ao baixo peso (OMS, 2016).

Considerando que a prerrogativa das Unidades Básicas de Saúde (UBS) é a atenção primária à saúde, faz-se importante desenvolver novas estratégias para combater a obesidade em seu estágio inicial (6 a 10 anos) para que diminuam as chances de se tornarem adultos obesos, uma vez que crianças obesas possuem tendência de tornarem-se adultos obesos (SILVA et al, 2014). Esse período caracteriza-se pelo desenvolvimento cognitivo, absorção, construção e aplicação das informações e experiências adquiridas, dessa forma, permite reversibilidade em sua formação (CHIAROTTINO, 1972; BOYD & BEE, 2011) como mudanças para comportamentos saudáveis.

Rangel e Darido (2010) afirmam que deve haver um cuidado em relação aos interesses da criança, como despertar suas vontades e curiosidades de modo que seu desenvolvimento se torne mais efetivo, logo, fortalecer e estreitar os meios que são influenciadores na vida da criança - família, educação e saúde - torna-se uma ideia potencial pois se observa a necessidade de uma educação para a saúde.

Em uma revisão sistemática realizada por Guerra, Silveira & Salvador (2016) constataram que apenas 25 estudos avaliaram a efetividade de intervenções nas escolas com intuito de prevenção e/ou controle da obesidade, desses, seis revisões apontaram a importância do envolvimento dos pais/responsáveis e da comunidade nas estratégias de intervenção, mostrando efeitos positivos sobre os aspectos de dieta, NAF e redução de peso corporal. Santiago e colaboradores (2012) corroboram os achados em que a partir de estudo com escolas e UBS concluíram que essa aproximação contribuiu para a conversão da informação científica em comportamentos saudáveis de crianças e adolescentes, demonstrando os benefícios do estreitamento desses meios influenciadores.

Para que sejam efetivas, inúmeros são as estratégias, ferramentas e modelos teóricos que podem ser utilizados para implantação de programas e intervenções, um deles é o de aconselhamento que vêm demonstrando ser efetivo e eficaz em

diferentes grupos ao se tratar da diminuição de obesidade, CS e hábitos não saudáveis, além do aumento/melhora no NAF (VALÉRIO, NOVAIS & RAMOS, 2014; SIQUEIRA et al, 2009; WORMER, 2004).

Fiore e colaboradores (1996) afirmam que um BA de até 3 minutos pode ter uma taxa de sucesso de 2%, quando esse tempo aumenta para 10 minutos tal sucesso chega aos 3% e numa sessão de BA intensiva, tal percentual se aproxima dos 8%. Entretanto, apesar de ser uma estratégia de intervenção promissora ao se tratar do público infantil, a escassez de estudos passa a ser um agravante, uma vez que essa população sofre diversas interferências externas como a família e a escola, assim comprometendo a ação do aconselhamento já que a intervenção em si pode ser vista como um reflexo da educação dos pais, dos professores e dos profissionais de saúde que por dever têm que pensar na educação para a saúde (GUERRA, DA SILVEIRA & SALVADOR, 2015). Ainda assim, a combinação de práticas de educação para a saúde e de apoio em seus diferentes níveis - organizativo, legislativo, econômico e ambiental parece ser decisiva para que os indivíduos, grupos e comunidades melhorem o controle sobre os determinantes pessoais e ambientais da saúde (KICKBUSH, 1988).

Visto que há tal dificuldade com o BA e escassez de estudos relacionados a intervenções focados nas crianças com participação ativa da família e da comunidade, como a escola e UBS, o trabalho justifica-se na tentativa de melhorar os hábitos da criança nas esferas de atividade física e alimentação saudável, por meio de BA à família com apoio das escolas públicas e o SUS.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Verificar os efeitos de uma intervenção de breve aconselhamento (BA), abordando as esferas de atividade física e alimentação saudável à família sobre a criança, com apoio de escolas públicas e a Unidade de Saúde da Família (USF).

3.2 Específico

1. Verificar a mudança de comportamento dos pais nas esferas de atividade física e alimentação saudável.
2. Verificar a mudança de comportamento das crianças nas esferas de atividade física e alimentação saudável.
3. Verificar se os pais exercem papel fundamental nessa mudança.
4. Verificar o êxito do trabalho com apoio da secretaria da Educação e Saúde.

À partir dos objetivos acima, foram testadas as seguintes hipóteses:

1. O BA consegue exercer mudanças de hábitos da família que influenciam diretamente a criança;
2. O trabalho conjunto de Educação + Saúde + Família consegue exercer mudanças de hábitos da criança;
3. A mudança de hábito dos pais exercem influência direta nos hábitos das crianças;
4. O trabalho com apoio das secretarias da Educação e Saúde é eficaz na promoção de saúde da criança, entretanto haverá dificuldades em sua comunicação.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Sobrepeso e obesidade

A obesidade vem sendo considerada uma doença crônica não transmissível (DCNT), multifatorial, multissistêmica e epidêmica (FONSECA, 2008; GÓMEZ-AMBROZI et al, 2012), uma vez que vem apresentando um crescimento exponencial em sua prevalência afetando todas as faixas etárias, grupos sociais e associando-se a altas taxas de morbidade e mortalidade na fase adulta (LESSA, 2004; DE OLIVEIRA et al, 2004).

Caracteriza-se pelo acúmulo excessivo de gordura corporal que muitas vezes pode acarretar prejuízos a saúde dos indivíduos, tais como problemas cardiovasculares, dermatológicos, renais, hipertensão, aterosclerose, digestivas, diabetes, problemas hepáticos, ortopédicos, entre outros (SEGAL & FANDIÑO, 2002). Também pode ser definida por um acúmulo excessivo de massa corporal em relação à massa magra (WHO, 1998).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) a obesidade mundial dobrou desde 1980. No ano de 2014, mais de 1,9 bilhões de adultos acima de 18 anos tinham sobrepeso e 600 milhões eram obesos (WHO, 2016). No panorama brasileiro o excesso de peso já atinge 52,5% da população adulta, sendo que há nove anos atrás essa taxa era de 43% representando um aumento de 23% de adultos com excesso de peso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) de acordo com levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) mostraram que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste atingem quase 50% da população acima de 19 anos com excesso de peso, enquanto que nas regiões Sul e Sudeste, essas taxas são maiores, com 56,08% e 50,45%, respectivamente.

Mesmo tendo conhecimento a respeito do crescimento exponencial e suas altas taxas, a visão da obesidade como problema de Saúde Pública é considerado um evento recente ainda que hajam evidências da Era Paleolítica sobre “homens corpulentos” (PINHEIRO, 2004). Considerada a era tecnológica, é importante salientar que tal avanço exerceu forte influência no setor de saúde o que proporcionou grandes melhorias como a garantia de saúde por meio de antibióticos, anestésicos, vacinas, próteses, órteses, marca-passos, respiradores, transplantes e exames mais efetivos

(LORENZETTI et al, 2012). Entretanto, apesar dos diversos recursos que a tecnologia ofereceu, houve um aumento dos casos e grau de obesidade da população mundial e uma diminuição da prática de atividade física, dessa forma colocando em evidência o comodismo e o sedentarismo.

4.2 Mecanismos relacionados à obesidade e fatores de risco

A obesidade infantil vem ganhando foco devido ao aumento em sua prevalência nas últimas três décadas, tornando-se grande problema de saúde pública (SILVA et al, 2003; CARVALHO et al, 2013; DE OLIVEIRA & FISBERG, 2003). A etiologia da obesidade infantil envolve dois principais fatores: o primeiro é o externo socioambiental considerado também como obesidade exógena; e o segundo é o neuroendócrino/genético ou obesidade endógena (CARVALHO et al, 2013).

Apesar de ambas acarretarem problemas de saúde a obesidade exógena é mais comumente desenvolvida principalmente na infância, uma vez que está associada a inúmeros fatores como a propensão genética, fatores psicológicos, etnia, condição socioeconômica e estilo de vida familiar (SALBE & RAVUSSIN, 2000), com destaque para alteração nos padrões de consumo alimentar e a redução da prática de atividade física (GLANZ et al, 2005; OMS, 2009).

De acordo com Nahas (1999) há três períodos críticos de vida que acarretam no aumento excessivo de gordura corporal: 1) o último trimestre de gravidez, uma vez que os hábitos nutricionais se modificam, dessa forma observa-se alterações na composição corporal da mãe e do feto que está em desenvolvimento; 2) no primeiro ano de vida em que a criança desenvolve-se rapidamente, e 3) o surto de crescimento da adolescência.

Dentre os principais fatores de risco da obesidade infantil está o âmbito familiar, pois o estilo de vida e comportamento dos pais são determinantes para os hábitos e costumes que a criança virá a adquirir (GERARDS et al, 2011; SLEDDENS et al, 2011; XU et al, 2013). Estudos apontam que se um dos pais for obeso a criança possui 40% de chance de apresentar o mesmo quadro, porém, se ambos forem obesos suas chances aumentam para 80% (GIGANTE et al, 2006; DELWING et al, 2010).

Um outro fator de risco muito importante é o comportamento sedentário (CS), caracterizado por um gasto energético de $\leq 1,5$ equivalentes metabólicos (METs), ou seja, atividades com baixo dispêndio energético, tais como assistir televisão, manter-

se sentado e/ou deitado, tempo de leitura, utilização de computador e jogos de tela (TREMBLAY, 2012; OWEN et al, 2010; GABRIEL, MORROW & WOOLSEY, 2012).

A adoção do CS é influenciada por 3 grandes fatores: sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade dos pais, nível socioeconômico), psicossociais (atitude, autoeficácia, apoio para prática de AF) e ambiental (acesso a locais para prática de AF, infraestrutura do bairro, segurança) (DUMITH et al, 2010; TENÓRIO et al, 2010; HINKLEY et al, 2010; GREGORY et al, 2005; NORMAN et al, 2005).

Ao se tratar do público infantil diversos são os aspectos que exercem influência sobre o CS, com destaque para o ambiente familiar já que é uma das principais características observadas em famílias com prevalência de obesidade exógena (DA SILVA et al, 2014; SICHIERI & SOUZA, 2008). Pimenta e Palma (2007) acreditam que pais sedentários tendem a não estimular a prática de AF, uma vez que eles não têm o hábito de praticar, assim, podendo persistir esse comportamento na vida adulta das crianças. Ainda, o tempo despendido das crianças com tecnologias, computador, videogame, celular, tablet, está diretamente associado ao ganho de peso e obesidade na infância (SICHIERI & SOUZA, 2008).

Além disso, em diversos estudos realizados, pesquisadores apontam uma relação nítida entre obesidade e hábito de assistir TV (MELKEVIK et al, 2010; PETERSON et al, 1996; DIETZ, 2001). Dietz (2001) afirma que há três mecanismos envolvidos na relação obesidade-televisão: a TV ocupa o tempo ócio da criança, sendo que a mesma poderia estar praticando AF; suas refeições são realizadas em frente à TV; e, a maioria das propagandas veiculadas no horário da programação infantil é dedicada à apresentação de alimentos ricos em gorduras, açúcar e carboidratos. Almeida e colaboradores (2002) constataram em estudo realizado à respeito da qualidade e quantidade de produtos divulgados na televisão brasileira, que nas três redes de canal aberto, a maioria dos anúncios apresentavam alimentos voltados ao público infanto-juvenil, sendo que propagandas relacionadas à frutas e vegetais eram praticamente inexistentes. Diante desse quadro independente do fator que influencia a escolha alimentar da criança é fato que os excessos alimentares são prejudiciais à saúde, potencializando as chances de desenvolvimento de resistência à insulina, aterosclerose, dislipidemias, cardiopatias, diabetes tipo II e a própria obesidade (PHILIPPI et al, 2008).

Os malefícios acarretados pela obesidade na fase infantil são múltiplos, o que predispõe variadas complicações, abrangendo esferas psicossocial onde há

isolamento e afastamento das atividades sociais devido à discriminação e não aceitação da sociedade (TADDEI, 1993; DAMIANI, CARVALHO & OLIVEIRA 2000), assim como problemas psicológicos e distúrbios em relação ao corpo; e orgânica, onde há acometimento de DCNT (MELLO, LUFT & MEYER, 2004), complicações cardiorrespiratórias, perda de massa óssea, baixo desenvolvimento motor (PAZIN, FRAINER & MOREIRA, 2006), além de outros problemas com puberdade precoce (ADAMI & VASCONCELOS, 2008).

Com isso, esses danos acarretam em diversos efeitos adversos à saúde na fase adulta, uma vez que crianças obesas por não serem estimuladas na infância a praticarem AF apresentam tendência de se tornarem adultos obesos, dessa forma, resultando em maior prevalência de obesidade na idade adulta, estabelecendo consequências indesejáveis produzidas por esse processo (DA SILVA et al, 2014). Juonala e colaboradores (2011) mostraram em seus dados que a cada cinco crianças obesas, quatro continuam obesos quando adultos. Dessa forma, é essencial que seja instituído medidas de prevenção à obesidade na infância (CARVALHO et al, 2013).

4.3 Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil e influência da prática de atividade física e alimentação saudável

De acordo com o levantamento realizado pelo *International Obesity Task Force* (IOTF, 2005), estimou-se que atualmente haveriam 155 milhões de crianças no mundo com excesso de peso, cuja estimativa foi alcançada, corroborando os dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012) que indicam que o índice de pessoas com idade inferior a 18 anos e com excesso de peso é de 170 milhões. Dados de Onis, Blossner e Borghi (2010) mostraram que o número de crianças de ambos os sexos de 0 a 5 anos com sobrepeso e obesidade no mundo chegam a 43 milhões, sendo 35 milhões residentes em países de baixa renda. Além disso, o índice mundial de sobrepeso e obesidade infantil aumentaram de 4,2% em 1990 para 6,7% em 2010, tais fatores sugerem que em 2020 este índice seja de 9,1% ou 60 milhões de crianças com sobrepeso e obesidade.

Ao se tratar do Brasil a obesidade vem aumentando exponencialmente, principalmente por conta do estilo de vida adotado pela maior parte da população, essa por sua vez considerada inadequada ao comparar com padrão alimentar de alguns anos atrás (TARDIDO & FALCÃO, 2006). Wang e colaboradores (2002) em

estudo realizado comparando prevalência de obesidade de acordo com renda familiar entre vários países, dentre eles o Brasil, nas décadas de 70 e 90, constataram um aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade de 4,1% para 13,9% em crianças e adolescentes com idades entre 6 e 18 anos. Em outro estudo, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) analisou características nutricionais e antropométricas cujos resultados evidenciaram altos índices de prevalência de excesso de peso em crianças entre 5 e 9 anos, com 51,4% em meninos e 43,8% em meninas, sendo que 32% delas apresentaram sobrepeso, e 11,8% já eram obesas, enquanto que para os meninos, os valores foram de 34,8% e 16,6% de sobrepeso e obesidade, respectivamente. Corroborando os dados, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada ao longo dos últimos anos pelo Ministério da Saúde constatou que cerca de 7,3% das crianças com idade inferior a 5 anos estão com excesso de peso e entre 5 a 9 anos esse índice chega a 33,5%, assim, a obesidade infantil passa a ser um problema de saúde pública abrangendo todas as classes econômicas, etnias e sexo (TENÓRIO & COBAYASHI, 2015; SECRETARIA DOS DIREITOS HUMANOS, 2015).

Estudo desenvolvido com 3.397 crianças e adolescentes entre 7 e 18 anos matriculados no ensino fundamental da região Oeste de São Paulo, revelou que o sobrepeso/obesidade atingiu uma prevalência de 28,3% para os meninos e 20,4% para as meninas. Ainda, verificou-se que o percentual atingido por meninos foi maior em relação aos encontrados em meninas, a prevalência de sobrepeso/obesidade foi maior em crianças de 7 a 10 anos do que em adolescentes de 11 a 18 anos, e há uma associação do sobrepeso/obesidade com os hábitos alimentares, o uso de computadores, o modo de transporte e os pais (DUNCAN et al, 2011).

Perante verdadeira epidemia de obesidade e seu quadro complexo, o tratamento deve ser instituído a partir do momento do diagnóstico e a cooperação da família é de fundamental importância, ainda que não haja total conhecimento de seus mecanismos (DAMIANI, CARVALHO & DE OLIVEIRA, 2003; LORENTE et al, 1997). Três aspectos que estão diretamente associados devem ser abordados com ênfase durante o tratamento: a orientação alimentar, o incentivo à prática de AF e os aspectos psicossociais da obesidade (DAMIANI, CARVALHO & DE OLIVEIRA, 2003).

Neste contexto a AF é uma importante ferramenta, pois os benefícios advindos de sua prática promove estímulos para o sistema cardiovascular, respiratório e musculoesquelético, sendo que a incorporação desta como hábito, contribui para

manutenção e/ou redução do peso corporal, melhora a condição física, previne doenças, principalmente as DCNT, promove motivação psicológica e sensação de bem-estar físico e mental, esse considerado o fator mais relevante na prevenção primária (PITANGA, 2002; DA SILVA et al, 2014). Porém, a AF isolada não diminui riscos para CS e comorbidades associadas, havendo necessidade de outros hábitos saudáveis, como o aspecto nutricional.

No quesito alimentação pode-se salientar duas funções importantes em nosso organismo: 1) sobrevivência através da absorção dos micro e macro nutrientes, e 2) realização das atividades do dia-a-dia, advindas das calorias ingeridas que são convertidas em energia. Com o passar dos anos, o padrão alimentar sofreu modificações, principalmente devido a urbanização e industrialização, pois permitiu o fácil acesso a alimentos extremamente calóricos sem a necessidade de esforço físico, ainda assim, fatores como questões políticas, culturais, geográficas, religiosas e publicidade influenciam na escolha dos alimentos (VELLOSO, 2004; PINHEIRO, 2005). A orientação alimentar é essencial, uma vez que essa é responsável pela reformulação dos hábitos alimentares, evitando consequências da obesidade na vida adulta, além de mudanças físicas e comportamentais que interferem diretamente na saúde da criança (WILLIAMS et al, 1997; MACHADO et al, 1993).

Em estudo realizado por Silva e colaboradores (2014) com 119 responsáveis, encontraram que 61% dos participantes apontaram os hábitos familiares como principal agente influenciador na escolha alimentar da criança, enquanto 21% atribuíram à televisão, 7% acreditam que a associação da televisão e hábitos familiares influenciam as crianças, 6% apontam somente a família, 2% aos amigos, e 3% é um conjunto de televisão, amigos, hábitos familiares e outros. Ressalta-se a família como principal agente influenciador na vida da criança, mas ainda assim aspectos externos como a televisão tem grande poder sobre a criança, uma vez que dentre as formas de marketing, a publicidade televisiva tem sido causa de maior preocupação e debate ao se tratar dos efeitos causado à população infantil (DEWLING, REMPEL & BOSCO, 2010).

A AF por sua vez complementa o fator nutricional já que seu estímulo ou prática regular proporcionam ao corpo maior gasto energético que como consequência diminui gordura corporal, aumenta massa magra, além de promover a socialização (OMS, 2014). Por fim, a adoção de uma abordagem psicológica faz-se importante, a fim de recuperar autoestima em relação ao seu corpo e sua imagem, além da

ressocialização e reintegração a que pertence, contribuindo de forma ativa em sua reeducação alimentar e prática de atividade física. Logo, fica claro que a unidade de alimentação, AF e fator psicossocial, são capazes de controlar e evitar efeitos adversos que a obesidade acarreta na infância que pode perdurar na vida adulta.

4.4 Tipos de Intervenções

A infância e adolescência são períodos extremamente importantes para o desenvolvimento de um estilo de vida saudável, principalmente em seu estágio inicial – 6 a 10 anos, uma vez que é considerada o período de desenvolvimento cognitivo, absorção, construção e aplicação dos conhecimentos adquiridos, admitindo a possibilidade de uma inversa em sua formação (LA TAILLE, 2003; TERRA, 2006).

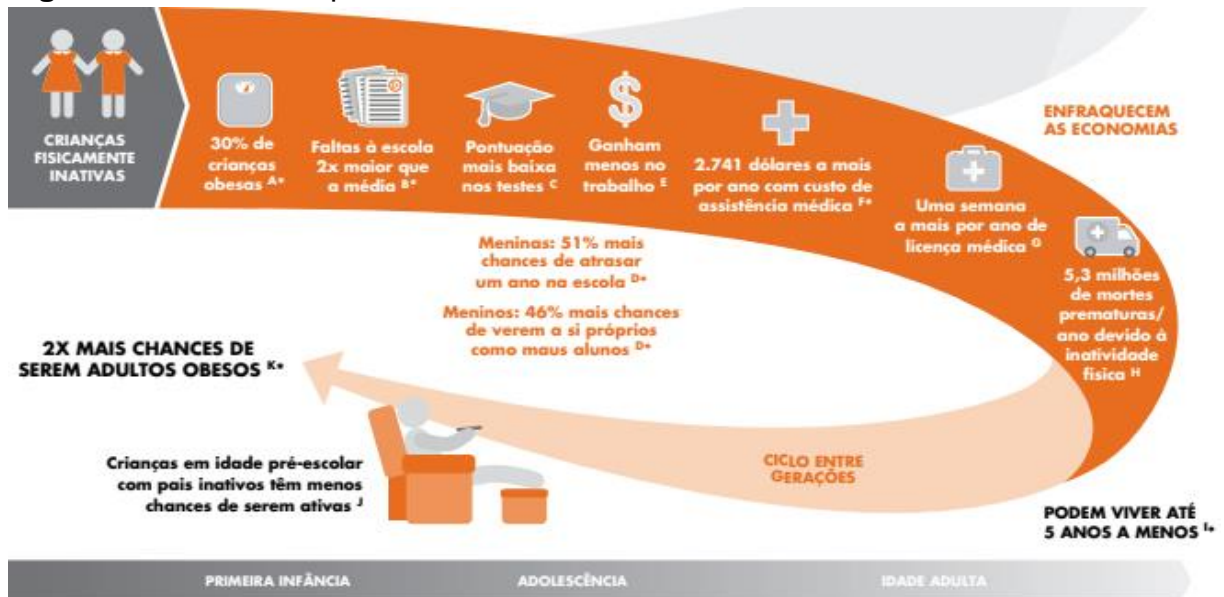
Portanto assumir hábitos saudáveis são recomendados nesse período da vida, uma vez que comportamentos adquiridos nesta fase tendem a ser perpetuados por toda a vida (LANGNESS et al, 2005). Porém, diversos estudos, dentre eles a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) apontam que o estilo de vida adotado por crianças e adolescentes não é saudável, o que inclui inatividade física, alta ingestão calórica, além do consumo de bebida alcoólica e uso do tabaco, que causam consequências como as DCNT, essa por sua vez tem aumentado ao se tratar do público infanto-juvenil (DE SOUZA et al, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; HALLAL et al, 2006).

Diante desse contexto a prática de AF e a alimentação tornam-se prioridade para promoção de saúde e prevenção de DCNT, e na infância, para que essas ações sejam colocadas em prática e tenham êxito, a escola, além da família, se torna cenário primário para que elas aconteçam, pois a educação é uma ação dos adultos sobre crianças e jovens, e a incorporação de hábitos saudáveis no currículo escolar desperta o interesse, entendimento e até mesmo as mudanças de hábitos dos adultos, assim, desempenhando poder de promover e/ou desencorajar tais hábitos (SPOHR et al, 2014; PETERSON & FOX, 2007; SHARMA, 2006; DURKHEIM, 2011; MELLO, LUFT & MEYER, 2004; SAHOTA et al, 2001).

Ainda assim, os níveis de AF e aptidão física de crianças e jovens vêm diminuindo nos últimos anos, levando à sérias consequências e à necessidade de se criar programas estruturados e intervenções eficazes para haver mudanças positivas

nesses aspectos (HALLAL et al, 2012; KNUTH et al, 2009; DESIGNED TO MOVE, 2013).

Figura 1 - Custos compostos da inatividade física durante uma vida



Designed to move (2013)

De acordo com estudo realizado no período de 2013-2014 pelo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) desenvolvido na Europa e América do Norte, constataram que os níveis de AF permanecem baixos, pois apenas 25,0% e 16,0% dos jovens de 11 e 15 anos de idade, respectivamente, atendem às diretrizes para AF, sendo que as meninas são menos propensas a alcançar os níveis recomendados (WHO, 2016).

Ao se tratar do Brasil, há escassez de estudos investigando o padrão de AF de crianças (BRACCO et al, 2003; MOLINA et al, 2010). De acordo com Tassitano e colaboradores (2007), a partir de revisão sistemática, verificaram que a prevalência de inatividade física em adolescentes variam de 39% a 93,5%. Ainda, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2015), baseada em entrevistas realizadas com mais de 62 mil adolescentes de todas as capitais do Brasil, apontou que apenas 34,4% de jovens entre 14 e 15 anos atingiram a recomendação de prática de AF, de 300 minutos ou mais, sendo maior a participação entre os escolares do sexo masculino e aqueles matriculados na rede privada de ensino. A maioria dos adolescentes se classificaram como insuficientemente ativos, atingindo percentual de 60,8%, e 4,8% como inativos.

Um estudo realizado por Costa e Assis (2011) realizado com escolares entre 7 e 10 anos das redes públicas e privadas de Florianópolis, constataram que 68% eram mais ativos, sendo 40% de crianças da rede privada e 28% da pública, corroborando com dados da PeNSE.

No Brasil, existem algumas intervenções na escola voltadas à promoção de AF e alimentação saudável, que têm se mostrado efetivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; NAHAS et al, 2009; KAHN et al, 2002; VAN SLNIJS et al, 2007). Entretanto, os estudos ainda são escassos, e o conhecimento é mínimo acerca da metodologia adotada, dos tipos de intervenções, e dos resultados na saúde dos escolares (SOUZA et al, 2011).

O Ministério da Saúde (2002) vem desenvolvendo programas e projetos visando a saúde da criança desde 1984. Alguns dos programas que estão associados à obesidade de forma intrínseca, são o “Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento - (CD)”, atividade que garante a qualidade de vida da criança, uma vez que é capaz de evidenciar precocemente transtornos que afetam a saúde, nutrição, capacidade mental e social.

Outros projetos e intervenções vêm sendo elaborados, aplicados e estruturados, como é o caso do projeto “Saúde na Boa”, que foi desenvolvido com o objetivo de promover mudanças positivas nas esferas de atividade física e alimentação saudável de escolares adolescentes no período noturno, nas cidades de Recife - PE e Florianópolis – SC, devido aos contrastes ambientais e socioculturais (NAHAS, BARROS & ASSIS, 2014; NAHAS et al, 2009). O programa teve duração de nove meses e suas ações de intervenção aconteceram por meio de pôsteres temáticos, cartilhas para discussões em sala de aula, e oportunidades ambientais, tais como passeios de bicicleta, dia de fruta, e materiais de educação física para as escolas. Após esse período, observou-se que houve um aumento no número de dias que os participantes do grupo intervenção seguiam as recomendações de 60 minutos/dia de AF moderada a vigorosa, em relação ao grupo controle (DE SOUZA et al, 2011; BARROS et al, 2009).

Um outro programa de intervenção com duração de 4 meses na cidade de Florianópolis - SC, focou na alimentação saudável e no estado nutricional, onde encontraram em escolares da 2ª série do ensino fundamental, uma redução de 4,81% de crianças que consumiam alimentos de alto teor calórico e um aumento na ingestão de alimentos saudáveis (FERNANDES et al, 2009). Corroborando os dados, outras

duas intervenções evidenciaram a importância de ações focadas no desenvolvimento do conhecimento acerca de alimentação e hábitos saudáveis na infância (DEMINICE et al, 2007; GABRIEL, SANTOS & VASCONCELOS, 2008).

Spoehr e colaboradores (2014) desenvolveram o projeto “Educação Física +: Praticando Saúde na Escola (EF+)” que teve como objetivo promover AF e saúde em escolares da 5ª série do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio, utilizando as aulas de Educação Física como meio para disseminar conhecimento na cidade de Pelotas – RS. Observou-se que houve um aumento do conhecimento acerca de atividade física e saúde no grupo intervenção, em relação ao grupo controle, porém não ocorreu o mesmo com o NAF, em que não existiu mudança significativa.

Mediante elevadas taxas de sobrepeso e obesidade, insuficiência de AF e má alimentação de crianças e adolescentes, a criação e realização de intervenções para modificar este quadro e promover a saúde, cujo processo tem seu início na infância, são extremamente importantes. Entretanto, é fundamental que essas ações sejam sistematizadas, acompanhadas e avaliadas, assim como seus resultados devem ser documentados e disseminados (DE SOUZA et al, 2011).

Tabela 1 – Estudos realizados com crianças para promoção de atividade física e alimentação saudável segundo o autor, ano, localidade, amostra, faixa etária, atividades desenvolvidas e principais resultados.

Autor/ Ano	Localidade	Amostra	Faixa Etária	Atividades	Principais resultados
WHO 2016	Europa e América do Norte	220.000	11 e 15 anos	Questionário em sala de aula	Faixa etária, sexo, nível socioeconômico, país de residência, família, ambiente escolar e vizinhança são fatores que influenciam o estado de saúde da criança, incluindo o seu NAF
Tassitano et al 2007	Brasil	-	Crianças e adolescentes	Revisão sistemática	Varição de inatividade física entre as regiões, demonstrando disparidade regional
PeNSE 2015	Brasil	62.000	14 e 15 Anos	Entrevistas	

					<p>Questionário de Medidas do Consumo Alimentar e Atividade Física</p>	<p>Maior parte considerado insuficientemente ativo com maior prevalência entre meninas da rede pública de ensino</p>
Costa e Assis 2011	Florianópolis - SC	2.936	7 e 10 Anos		Questionário de Medidas do Consumo Alimentar e Atividade Física	Padrões de atividade física e de CS entre os sexos, e entre escolares das diferentes redes de ensino
Ministério da Saúde 2002	Brasil	-	Crianças e adolescentes		Antropometria	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento
Nahas et al 2014	Recife – PE Florianópolis – SC	2.155	15 a 24 anos		<p>Pôsteres temáticos; cartilhas para discussões em sala de aula; oportunidades ambientais; passeios de bicicleta; dia de fruta; materiais de educação física para as escolas</p>	<p>Aumento no número de dias que os participantes do grupo intervenção seguiam as recomendações de 60 minutos/dia de atividade física moderada a vigorosa</p>
Fernandes et al 2009	Florianópolis – SC	135	2ª série do EF		Alimentação Saudável e Estado Nutricional	Redução do consumo de alimentos de alto teor calórico e um aumento na ingestão de alimentos saudáveis
Deminice et al 2007	Ribeirão Preto – SP	951	6 a 16 anos		Alimentação saudável	Melhora do conhecimento sobre alimentação e nutrição e das práticas alimentares dos escolares
Gabriel et al 2008	Florianópolis – SC	214	3ª e 4ª séries		Questionário alimentação saudável	Hábitos alimentares mais saudáveis entre os alunos

					de escola privada, associando-se ao nível socioeconômico
Spohr et al 2014	Pelotas – RS	2.122	Escolares da 5ª série do EF ao 3º ano do EM	Promover Atividade Física e Saúde	Aumento do conhecimento acerca de atividade física e saúde no grupo intervenção

4.5 Breve Aconselhamento

Tem-se conhecimento que uma alimentação saudável e AF regular são comprovadamente considerados fatores protetores contra o excesso de peso e DCNT (WHO, 2002). Ainda assim, dados acerca do nível de sobrepeso/obesidade infantil vem ganhando destaque e têm sido impactantes, uma vez que seus níveis aumentaram 3x nos últimos 20 anos e tais dados levanta indagações já que há informações disponíveis e acessíveis, mas contesta-se sobre a adoção de medidas preventivas uma vez que promover cuidados e atenção básica às crianças, adolescentes e seus pais/responsáveis de uma forma única e eficaz é um desafio complexo (ERICKSON, GERSTLE & FELDSTEIN, 2005; WANG, MONTEIRO & POPKIN, 2002). Tal quadro induz o questionamento de quais estratégias de prevenção vêm sendo utilizadas, como são aplicadas e quais são mais favoráveis na incorporação de novos hábitos (FILGUEIRAS E DESLANDES, 1999).

Uma das estratégias reconhecidas é o aconselhamento, que vem sendo apontado como uma prática capaz de trabalhar conteúdos culturais e intersubjetivos, promovendo a construção de uma consciência sobre a vulnerabilidade de cada indivíduo (WHO, 1995).

Entende-se por Breve Aconselhamento (BA) como um processo ativo, individualizado e centrado no indivíduo, em que o mesmo tem a possibilidade de se reconhecer como dono de sua própria saúde e transformação, podendo ela ser por meio de aconselhamento verbal, discussão, negociação, encorajamento, com auxílio ou não de materiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; ANOYKE, LORD & FOX-RUSHBY, 2014). Para Patterson e Eisenberg (2003) o aconselhamento significa muito mais do que o simples ato de aconselhar, pois quando damos conselhos dizemos o

que achamos que a pessoa deve ou não fazer. Ainda, Bassichetto e colaboradores (2009) acreditam que o aconselhar refere-se ao ato de ouvir a pessoa e apoiar seu processo de tomada de decisão de como colocar em prática aquilo que é melhor para ela à partir dos elementos dados para construção de sua confiança, e assim, fazê-la optar pelas sugestões disponíveis de acordo com sua condição de vida.

Ao se tratar do público infantil, desde os recém-nascidos até a terceira infância/pré-adolescência, estudos vêm demonstrando que o método de intervenção de BA parece ser efetivo e eficaz ao se tratar da diminuição de obesidade, comportamento sedentário e hábitos não saudáveis, além do aumento/melhora no nível de atividade física (NAF) (VALÉRIO, NOVAIS & RAMOS, 2014; SIQUEIRA et al, 2009; WORMER, 2004).

No quesito alimentação na infância, por estar sofrendo inúmeras modificações, a necessidade de desenvolver ações educativas dirigidas aos profissionais atuantes na atenção à criança tem se potencializado (BASSICHETTO, REAL & DONATO, 2009). Para atendê-la a OMS (2006) propõe um curso de formação e atualização profissional, denominado “Aconselhamento em alimentação infantil: um curso integrado”, entretanto não é consolidado pelo Ministério de Saúde. Ainda assim, Bassichetto e colaboradores (2008) observaram uma diferença positiva ao se tratar da capacitação de profissionais de saúde relacionado ao aconselhamento na esfera de alimentação saudável na infância, corroborando os dados de Santos e colaboradores (2002) que concluíram depois de uma intervenção com crianças até 2 anos que o aconselhamento teve resultado positivo sobre mães e filhos em relação a amamentação e hábitos alimentares. Ainda na primeira infância, Valle e colaboradores (2004) à partir de uma revisão sistemática sobre nutrição e crescimento infantil, observaram que 4 estudos utilizaram o aconselhamento para melhorá-las, e puderam perceber que todas tiveram impacto positivo sobre as variáveis.

Na esfera de AF as evidências se repetem, demonstrando resultados positivos acerca do aconselhamento. Um estudo realizado na Finlândia com famílias com filhos por volta de 7 meses propôs uma intervenção de aconselhamento individualizado focado no estilo de vida e na dieta, que aconteceu ao longo de 10 anos. À partir desse estudo, Hakanen e colaboradores (2006), puderam constatar que durante esse período houve uma redução significativa e contínua de sobrepeso do grupo intervenção em relação ao grupo controle. Corroborando os dados encontrados há um bom tempo por Brownell e Kaye (1982), em que os autores observaram perda de peso

de escolares entre 5 e 12 anos, por meio de intervenção de aconselhamento e prática de AF e alimentação saudável, demonstrando seus efeitos benéficos desde os anos 80 até os dias atuais.

Entretanto, apesar de ser uma estratégia de intervenção promissora ao se tratar do público infantil, a falta de estudos passa a ser um agravante, uma vez que essa população sofre diversas interferências externas, como a família e a escola, assim comprometendo a ação do aconselhamento, já que a intervenção em si pode ser vista como um reflexo da educação dos pais, dos professores e dos profissionais de saúde que por dever têm que pensar na educação para a saúde (GUERRA, DA SILVEIRA & SALVADOR, 2015).

4.6 Programa Saúde na Escola

A saúde na escola teve seu início como uma prática política médica, do higienismo e da puericultura, assim, a atenção à saúde escolar evoluiu juntamente com o conceito de promoção de saúde. Entretanto há de se levar em consideração que sua promoção abrange mais do que somente a criança e o adolescente, estende-se também à família, o espaço físico escolar e os profissionais da educação, que não somente assistem, mas os capacitam para um modelo de vida mais saudável (FIGUEIREDO, MACHADO & DE ABREU, 2010).

No Brasil, no final da década de 80, a saúde escolar passou por avanços, deslocando o discurso tradicional de lógica biomédica para a concepção de estratégia Iniciativa Regional Escolar Promotoras de Saúde (IREPS), um discurso com múltiplos olhares, que passou a incorporar promoção de saúde na saúde pública, e o estendeu ao âmbito escolar (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003). À partir de 1995, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) adotou a IREPS, objetivando fortalecer e capacitar a área de saúde escolar, essa por sua vez, implicando um trabalho articulado entre educação, saúde e sociedade (FIGUEIREDO, MACHADO & DE ABREU, 2010).

Nesse sentido, foi instituído pelo Ministério da Educação e o Ministério da Saúde por meio do decreto nº 6.286, no ano de 2007 (BRASIL, 2007), o Programa Saúde na Escola (PSE), e, somente a partir do ano de 2013, passou a estar apto para todos os municípios do país, podendo participar todas as equipes de Atenção Básica, e se expandindo para creches e pré-escolas (BRASIL, 2016). Trata-se de um programa cuja finalidade visa a promoção, prevenção e atenção à saúde, por meio de

integração e articulação entre Educação e Saúde, dessa forma, proporcionando educação em saúde em todas as suas esferas e em tempo integral às crianças, adolescentes e jovens adultos, além do fortalecimento em relação às vulnerabilidades que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar, e a melhora da comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes (BRASIL, 2007).

Dentre seus componentes, destacam-se a avaliação clínica, nutricional e oftalmológica, promoção de alimentação saudável e atividade física, e ações de educação permanente em saúde como a promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar e inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2009). Dessa forma, a Saúde e Educação devem fornecer à criança e ao adolescente uma tutoria de resiliência que lhes deem proteção contra diversos aspectos, inclusive as doenças crônicas (BRASIL, 2007).

O PSE apesar de ser um programa que atende as demandas necessárias para proporcionar melhor qualidade de vida às crianças, além da comunicação entre educação, saúde e família, não se faz vigente na maioria das cidades. Levando em consideração que a atenção à saúde voltada a esse público possui uma potencialidade em evitar agravos e promover a saúde e qualidade de vida a essa população (DEMARZO & AQUILANTE, 2008), faz-se importante e necessário a sua implementação. Santiago e colaboradores (2012) por meio da implantação do PSE na cidade de Fortaleza – CE, concluíram que a aproximação entre escola e unidade de saúde contribuiu nas mudanças de comportamentos saudáveis de crianças e adolescentes, além da melhor percepção por parte de profissionais da saúde em relação ao seu papel social na comunidade em que está inserido.

Assim, cabe aos protagonistas da Saúde e Educação, entenderem que sua participação efetiva no processo de educação em saúde escolar exerce grande impacto na vida da criança e do adolescente, e isso só é possível à partir de uma parceria harmoniosa que objetiva melhor qualidade de vida a público infanto-juvenil.

5 METODOLOGIA

Um ensaio não controlado foi realizado no período de 6 meses para atender os objetivos propostos pela pesquisa.

A amostra foi composta por crianças entre 6 a 10 anos de idade matriculadas no EF-I das escolas municipais e seus responsáveis, juntamente com USF do município do interior paulista.

5.1 Questões de ética

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Campus Rio Claro, processo 1.867.280 (ANEXO I). Posterior a aprovação do mesmo, um ofício foi enviado para a Fundação Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação do município do interior paulista, que em 7 e 12 de abril, respectivamente, foi aprovado pelo secretário municipal de saúde e a secretária municipal de educação.

Os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo, e logo após consentiram sua participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) em duas vias, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (APÊNDICE I e II).

5.2 Logística e recrutamento da amostra

5.2.1 USF e Escolas

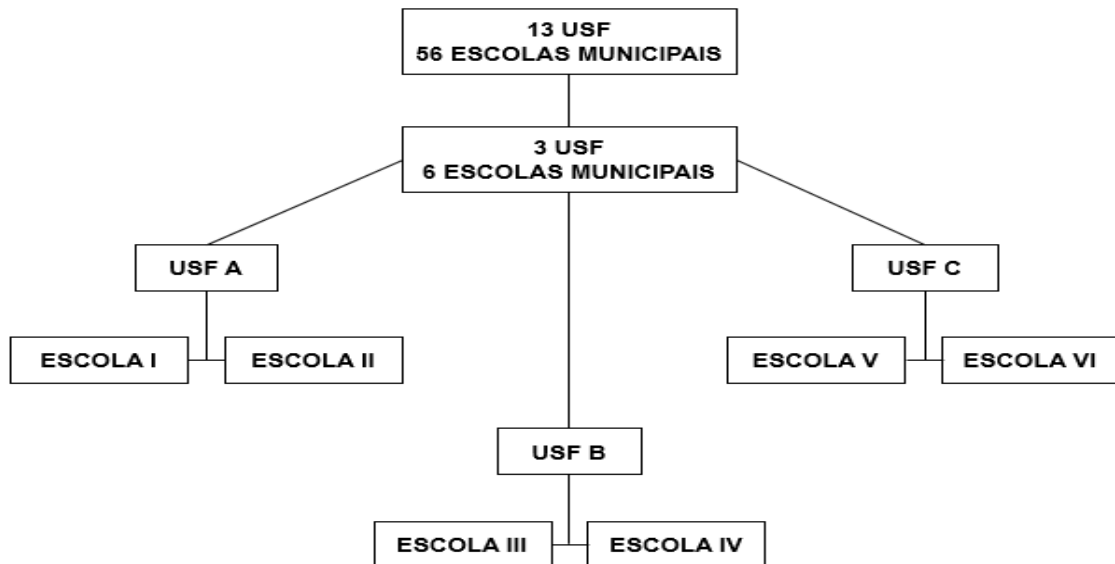
No ano de 2016, o município apresentava 108 escolas, sendo 24 estaduais, 56 municipais e 28 privadas (INEP, 2016), e dos estabelecimentos de saúde, 4 são Unidade Básica de Saúde (UBS) e 13 são Unidade de Saúde da Família (USF), sendo que duas delas estão localizadas em distritos.

Como critério de inclusão para o estudo, delimitou-se que participariam somente as USF que atendessem pelo menos 2 escolas municipais, ou seja, a comunidade que frequentava a escola, incluso crianças e pais. Dentre as 13 USF existentes, apenas 6 atendiam a esse critério, que posteriormente participaram de um

sorteio, onde 3 USF foram contempladas com suas respectivas escolas, distribuídas entre Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI). Como critério de exclusão: desistência e/ou recusa em comparecer nos demais encontros.

A figura 2 apresenta as USF juntamente com as escolas.

Figura 2 - Recrutamento das escolas e USF



Durante o período de convites (abril à maio, 2016) de participação às escolas e USF sorteadas, houve desistência tanto por parte das escolas quanto por parte das unidades.

No caso da USF B no primeiro momento (maio, 2016) a responsável pela unidade se mostrou interessada e solicita, porém após realmente compreender quais seriam as responsabilidades atribuídas à sua equipe, passou a apresentar empecilhos como falta de interesse da equipe, falta de agentes de saúde e hora extra. Apesar dos argumentos, um segundo encontro foi realizado, dessa vez junto à equipe. Mais uma vez explicitou-se toda a pesquisa, e assim como na primeira vez todos os mesmos argumentos foram apresentados, dessa vez pelos funcionários, mas pediram um prazo de 2 a 3 dias para analisarem a ideia. Uma ligação foi feita após esse prazo, e durante a conversa a responsável pela unidade já decidida afirmou que não iria participar da pesquisa, pois estava passando por transição na unidade; remanejamento de funcionários; atendimento na escola próxima à unidade era apenas de um dia, assim não conseguia atender a demanda; e por fim não tinha verba para remunerar os mesmos por horas extras.

Dessa forma, as escolas III e IV que fariam parte da amostra juntamente a USF B foram contatadas e informadas sobre o ocorrido e foram registradas como perda para o presente estudo.

Na escola II, o pesquisador responsável se reuniu junto à diretora e coordenadoras da escola para explicar a pesquisa e pode-se observar que houve interesse por parte delas, porém a recusa aconteceu, pois já havia uma intervenção similar à pesquisa, o Programa Instituição de Bolsas de Iniciação à Docência (PIBID), e como a proposta à escola era para ser o controle, onde não iria haver nenhum tipo de intervenção, a amostra já estaria afetada.

Já a escola V foi sorteada como intervenção, ou seja, receberia o BA, porém ao explicar a pesquisa ao diretor da escola, já de início demonstrou resistência e nenhum interesse em sequer ouvir a proposta de intervenção, explicitando argumentos como falta de interesse dos professores; carga horária insuficiente e sem alteração de escalas; e trabalho a mais para realizarem. Logo após argumentação, a recusa foi mencionada, não dando abertura para novas tentativas de convencimento da importância da pesquisa. Assim, a escola VI que já havia aceito nos termos de ser o controle, foi contatada novamente para dessa vez, ver a possibilidade de se tornarem a escola onde aconteceria a intervenção, e no dia seguinte, via ligação telefônica, a escola aceitou a alteração.

5.2.2 Crianças

O município do interior paulista da presente pesquisa possui 286.930 habitantes, sendo que a população com menos de 15 anos representa 17,92%, equivalente a 51.417 crianças e adolescentes (SEADE, 2017). Desses, 34.115 estavam matriculados em escolas e 21.088 eram do ensino fundamental (IBGE, 2015).

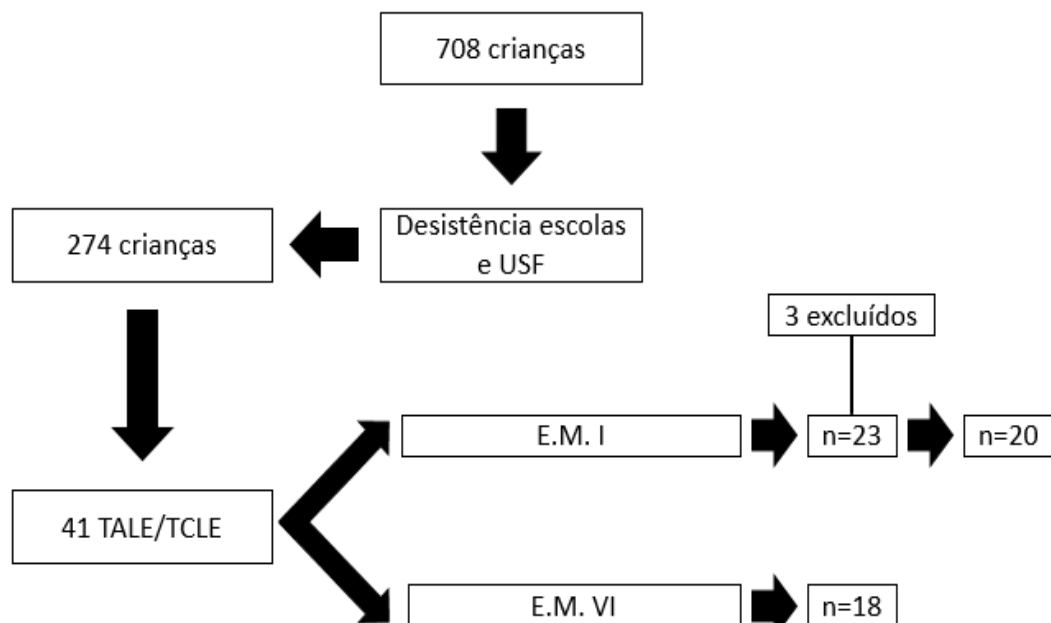
Considerou-se como critério de inclusão para seleção da amostra: crianças entre 6 e 10 anos do EF-I matriculadas nas escolas sorteadas no ano de 2016 e com frequência somente no período diurno das escolas. E como critério de exclusão: ausência das crianças em duas avaliações antropométricas durante o período de 6 meses de intervenção, assim como não estar presente em uma aplicação de questionário sobre NAF.

Para convidar as crianças e seus respectivos pais/responsáveis, um levantamento foi realizado por meio de ligações às escolas e informação da secretaria.

No mês de maio de 2016, haviam 708 crianças que se encaixavam no critério de inclusão, porém por conta das desistências das USF e escolas municipais, restaram 274 crianças das escolas permanentes, respectivas à 4 salas da escola VI (n= 128) e 7 salas da escola I (n= 254). Todas as salas foram incluídas no estudo, devido a percepção de que haveriam perdas durante o processo de coleta e intervenção. Essas por sua vez, receberam o TALE, sendo que desses apenas 41 crianças consentiram sua participação depois de 6 retornos para recolhimento dos mesmos, aproximadamente 1 mês de duração da fase de recrutamento. Houve interrupção do mesmo, pois as escolas entraram no período de férias e sua continuidade faria com que a intervenção tivesse duração maior de que seis meses, tornando-a inviável para o presente estudo.

No início da intervenção a E.M. I e a E.M. VI foi composta por 23 e 18 crianças, respectivamente. A distribuição dos participantes pode ser observada na Figura 3.

Figura 3 - Distribuição das crianças no início da intervenção



As crianças que não atenderam ao critério de inclusão foram excluídas da amostra (n=3), entretanto, durante todo o processo, todas foram convidadas a realizar as avaliações antropométricas que aconteceram mensalmente.

5.2.3 Pais/responsáveis

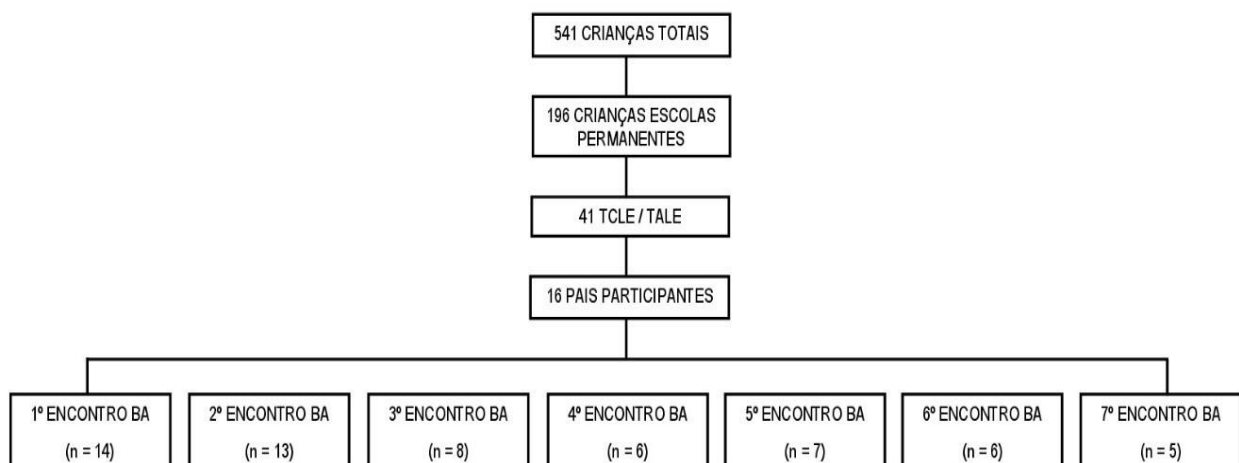
Mediante as desistências das escolas e USF, somente 41 crianças retornaram com o TALE, número esse referente também aos pais/responsáveis que receberam o TCLE para participação na pesquisa e o consentimento da participação de seus respectivos filhos, uma vez que eles são menores de idade.

Para os pais/responsáveis considerou-se como critério de inclusão: ter filhos entre 6 e 10 anos do EF-I matriculados nas escolas sorteadas durante o período diurno; consentimento do filho a participar da pesquisa. E como critério de exclusão: ausência em pelo menos dois encontros de BA; desistência e/ou recusa em comparecer nos demais encontros; e ausência em pelo menos um encontro de aplicação de questionários.

Os participantes que não atenderam aos critérios de inclusão foram automaticamente excluídos da amostra, entretanto, durante todo o processo, todos os pais/responsáveis, mesmo os desistentes foram contatados para frequentarem os encontros de BA que aconteceram mensalmente.

A figura 4 apresenta o acompanhamento dos pais participantes nos encontros de BA ao longo dos 6 meses de intervenção. A amostra inicial foi composta por 14 pais/responsáveis, e ao longo da intervenção houveram perdas, em que no último encontro, permaneceram apenas 5 participantes na intervenção.

Figura 4 - Acompanhamento dos pais participantes nos encontros de BA



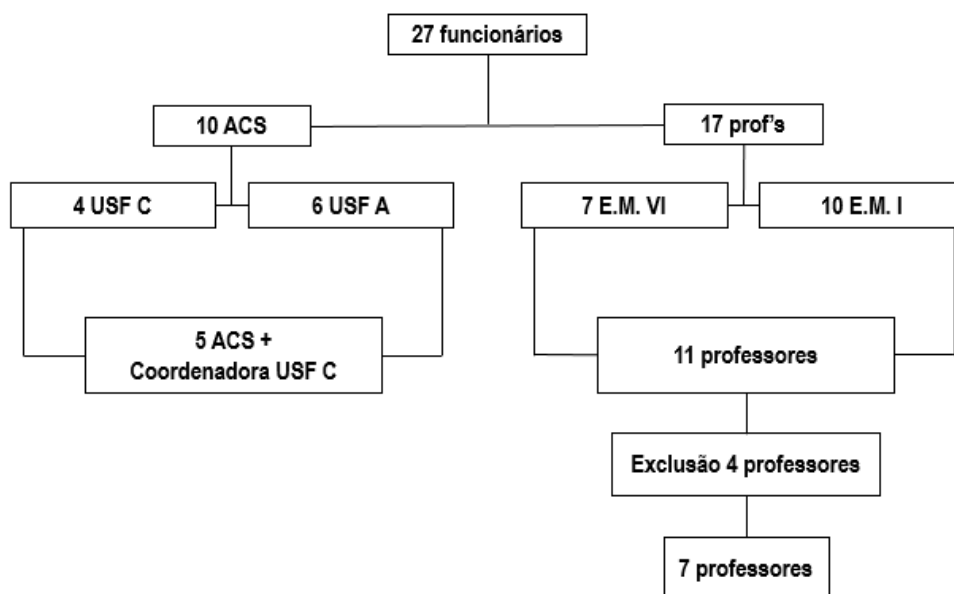
5.2.4 Professores e ACS

Com apenas 2 escolas restantes, os professores e ACS que atendiam a esse público foram contatados para que pudessem fazer parte da pesquisa, assinando e consentindo sua participação por meio do TCLE.

Para professores e ACS considerou-se como critério de inclusão: ser professor regular de alguma turma do EF-I; ser ACS permanente da respectiva unidade, uma vez que no período da intervenção estavam havendo mudanças de funcionários e postos; e responder aos questionários pré e pós intervenção. Como critério de exclusão: desistência e/ou recusa em acompanhar a intervenção; ausência na reunião de aplicação de questionário ou pré ou pós intervenção de professores e ACS. Os participantes que não atenderam aos critérios de inclusão foram automaticamente excluídos da amostra.

No total, haviam 10 ACS (4 USF C e 6 USF A) e 17 professores (7 E.M. VI e 10 E.M. I) que atendiam as crianças do EF-I. Desses, 5 ACS (3 USF C e 2 USF A) mais a coordenadora da USF C e 11 professores (5 E.M. VI e 6 E.M. I) consentiram sua participação, mas ao final da intervenção, 4 professores foram excluídos da amostra por conta do critério de exclusão, totalizando em 7 professores (Figura 5).

Figura 5 - Participação de professores e ACS na intervenção



5.3 Protocolo de Intervenção de Breve aconselhamento

A intervenção teve embasamento no PSE, em que o programa acontece à partir da comunicação e do trabalho conjunto entre Educação e Saúde, abordando conteúdos sobre saúde e desenvolvendo estratégias para melhorar todos os aspectos de saúde da criança e do adolescente.

Algumas mudanças foram realizadas: 1) abordar somente as esferas de AF e alimentação saudável, uma vez que dentre os aspectos que influenciam a obesidade, ambas se destacam para o controle da doença; 2) incluir os pais/responsáveis na intervenção já que os mesmos desempenham papel indispensável nos hábitos que a crianças virá a adquirir durante sua vida; e 3) utilizar da estratégia de BA, pois a literatura demonstra efeitos benéficos e promissores ao se tratar de AF, criança e família, uma vez que há empoderamento dos envolvidos, tornando-os responsáveis e conscientes de seus atos/hábitos.

5.3.1 Fundamentação teórica

Tem-se conhecimento que a obesidade é considerada a pandemia do século XXI e mediante as agressões observadas do comportamento sedentário associado a má alimentação para a saúde individual, além de sua prevalência a nível mundial, vêm considerando-se intervenções direcionadas ao incentivo à prática de AF e alimentação saudável, a fim de deixar de ser um problema de saúde pública (SALLIS & OWEN, 1999). Diante das evidências, uma abordagem de intervenção que permite uma autorregulação do ser humano é o BA.

O termo “aconselhamento” vem sendo utilizado para diversas atividades e intervenções, além de estar relacionado principalmente à promoção do desenvolvimento humano e bem estar pessoal (PUPO, 2007). A prática específica do aconselhamento teve origem relacionada a uma técnica por Frank Parsons (1909) em que o objetivo era auxiliar jovens em suas escolhas profissionais, uma vez que naquela época era mais complexo o mercado de trabalho devido a Revolução Industrial. Mais adiante tornou-se racional e científico, cujo período foi após a I Guerra Mundial, ou seja, havia uma combinação de traços pessoais aos fatores necessários para o sucesso em diferentes ocupações (PATTERSON et al, 2003; SCHEEFER, 1976; TYLER, 1969), associando-se durante os anos 20 e 30 até o início dos anos 40

à orientação vocacional e profissional, e logo após à orientação educacional e matrimonial (PUPO, 2007).

Importante salientar que o aconselhamento durante a história foi desenvolvido por indivíduos em crise ou dificuldades com a vida cotidiana que buscavam ajuda em outros indivíduos, na tentativa de resolvê-los e/ou encontrar soluções que favoreciam seu crescimento pessoal e social. Com as suas mudanças ao longo do tempo, identificou-se que o aconselhamento pode ser realizado através de descoberta, avaliação, realce e incremento dos recursos internos e interpessoais de indivíduos e grupos (PUPO, 2007).

Desse modo, utilizou-se o BA como método de intervenção da presente pesquisa a fim de promover mudanças de comportamento dos pais e das crianças.

O BA foi ministrado pelo pesquisador responsável e foi dividido em cinco momentos. Mensalmente, os participantes se encontravam com o pesquisador nas escolas e em cada encontro foi entregue um folder com informações sobre a prática de AF visando o aumento da mesma e melhora dos hábitos alimentares, sendo que nos dois primeiros meses ocorreram dois BA, enquanto nos demais meses houve somente um BA.

5.3.2 Elaboração dos folders

Diante disso, o planejamento de cada folder compreendeu de diferentes informações, levando em consideração que todos os participantes recebessem os mesmos conhecimentos. Em caso de ausência do participante nos encontros de BA, o folder da sessão anterior era entregue juntamente com o folder referente à visita no mesmo encontro, uma vez que a ordem e a sequência dos mesmos não sofreu alteração.

Os folders tiveram como referência o guia voltado para o público adulto que compreendiam de informações somente à respeito de AF (DE CAMPOS, 2017). Mais adiante, foram adaptados pelo pesquisador com auxílio de alunos de graduação do curso de Educação Física - Bacharelado e pós-graduação em Ciências da Motricidade da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - Campus Rio Claro (UNESP) e Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais - Campus Muzambinho (IFSULDEMINAS), durante o Grupo de Estudos em Atividade Física e Saúde (GEPAFES) e Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação

Física e Saúde (GEPEEFS), respectivamente, além da nutricionista do NASF, que auxiliou nos conteúdos que deveriam ser abordados nos folders. No total, foram 4 encontros realizados para discussão e alteração dos mesmos. Ainda, 2 encontros foram realizados com os professores e ACS, em que os folders já prontos foram apresentados e discutidos a fim de deixar a linguagem mais clara, mais sucinta e mais próximo do público com o qual seria realizado a intervenção. As informações contidas foram:

Folder 1 - Guia para um estilo de vida saudável

Objetivo: compreender os domínios da AF e seus benefícios para a saúde.

- Definição de AF;
- Domínios da AF - transporte, doméstico, trabalho e lazer;
- Alimentação saudável associado à prática de AF colaboram para uma melhor qualidade de vida;
- Passos para tornar-se ativo: cada degrau (passo) apresenta dicas de como começar a praticar AF e benefícios adquiridos para a saúde;
- Quais brincadeiras são essas: jogo rápido com ilustrações de brincadeiras típicas para serem descobertas.

Figura 6 - Guia para um estilo de vida saudável



Folder 2 - Guia para uma alimentação saudável

Objetivo: compreender o que é alimentação saudável e a pirâmide alimentar.

- Definição de alimentação saudável e padrão alimentar;
- Melhor qualidade de vida com associação entre alimentação saudável e AF;
- Pirâmide alimentar e seus tipos de alimentos.

Para o desenvolvimento desse folder e o folder 4 (Diminuindo ingestão de alimentos não saudáveis), além de todas as outras informações contidas nos demais, a nutricionista do NASF participou com transmissão de informações que deveriam estar presentes nos mesmos. O contato foi feito presencialmente em um único momento na UBS, onde foi exposto o objetivo da pesquisa e a estratégia do BA, mais adiante o contato se deu via e-mail.

Figura 7 - Guia para uma alimentação saudável



Folder 3 - Diminuindo o comportamento sedentário

Objetivo: compreender o que é CS, seus malefícios para a saúde, e dessa forma substituir esse comportamento por AF.

- Definição de CS;
- Problemas acarretados à saúde por conta do CS sendo o principal deles a obesidade;
- Substituição do tempo destinado à tela para a prática de AF (30 minutos);
- Pirâmide da AF: representa as atividades recomendadas e a frequência semanal que devem ser realizadas no dia-a-dia. Considera-se a base da

pirâmide como atividades que devem ser praticadas todos os dias e o topo como atividade que deveria ter menor duração e frequência;

- Tempo de atividade sedentária na semana (tabela): contém espaços para anotar o tempo em CS nos determinados períodos (manhã, tarde e noite) e dias da semana.

Figura 8 - Diminuindo o comportamento sedentário

Tempo de Atividade Sedentária na semana

Período	S	T	Q	Q	S	S	D
	E	E	U	U	E	E	O
	G	R	A	I	X	B	M
Manhã							
Tarde							
Noite							

Atividade pelo menos 3 brincadeiras por dia!
Atividade 80 minutos de atividade física todo dia!

NAFES
www.nafes.org
https://www.facebook.com/nafes.unesp

Breve Aconselhamento

**MOVA-SE!
BRINCAR FAZ BEM**

Atividade Física faz bem.
Pratique você também!

Diminuindo o Comportamento Sedentário

Quanto tempo por dia você passa sentado ou assistindo televisão?

Comportamento sedentário - atividades de baixo gasto energético, como o tempo sentado, deitado, utilizando o computador e assistindo TV

Substitua

30min TV, Videogame → 30min Atividade Física

A melhor atividade física é aquela que você gosta e faz!!!!

Problemas de comportamento sedentário

- BAIXA AUTO ESTIMA
- PROBLEMAS DE SONO
- ISOLAMENTO SOCIAL
- COLESTEROL ALTO
- OBESIDADE
- BAIXO RENDIMENTO ESCOLAR
- DIABETES
- PROBLEMAS ORTOPÉDICOS
- HIPERTENSÃO

Pratique esportes 3 a 5x na semana
Não fique parado!
Pratique atividades de lazer 3 a 5x na semana
Pratique todos os dias!

Faça por saúde! Faça por lazer! Faça por você!

Folder 4 - Diminuindo ingestão de alimentos não saudáveis

Objetivo: compreender quais são os tipos de alimentos que são mais prejudiciais à saúde, seus malefícios e como substituí-los.

- Definição de carboidratos, proteínas e gorduras;
- Problemas acarretados à saúde por conta da alta ingestão de alimentos gordurosos e hipercalóricos;
- Substituição de alimentos e/ou diminuição do consumo.

Figura 9 - Diminuindo a ingestão de alimentos não saudáveis

Tempo de Atividade Sedentária na semana

Período	S	T	Q	Q	S	S	D
	E	E	U	U	E	E	O
	G	R	A	I	X	B	M
Manhã							
Tarde							
Noite							

Atividade pelo menos 3 brincadeiras por dia!
Atividade 80 minutos de atividade física todo dia!

NAFES
www.nafes.org
https://www.facebook.com/nafes.unesp

Breve Aconselhamento

**MOVA-SE!
BRINCAR FAZ BEM**

Atividade Física faz bem.
Pratique você também!

Diminuindo ingestão de alimentos não saudáveis

CARBOIDRATOS
GORDURAS
PROTEÍNAS

Macronutrientes presentes nos alimentos para o fornecimento de calorias/energia.

Problemas da alta ingestão calórica

- DIABETES
- COLESTEROL ALTO
- OBESIDADE
- PROBLEMAS ORTOPÉDICOS
- HIPERTENSÃO

Substitua

SUGESTÕES DE SUBSTITUIÇÃO POR ALIMENTOS MAIS SAUDÁVEIS

Faça por saúde! Faça por lazer! Faça por você!

Folder 5 - O importante é se movimentar

Objetivo: iniciar a prática de AF com o (a) filho (a) (15 minutos) e consumir alimentos saudáveis.

- Para estimular a criança a praticar AF é necessário que os pais/responsáveis organizem melhor seu tempo, reduzam o tempo de CS (sentado e/ou deitado) durante o dia-a-dia e acumulem pelo 15 minutos de AF com o (a) filho (a);
- O consumo de alimentos saudáveis e a diminuição de alimentos hipercalóricos, diminuem a quantidade de calorias ingeridas, e associado a prática de AF aumentam o gasto energético, que acarreta em benefícios à saúde;
- Para estimular a prática de AF por dia, existem dicas que podem ser adotadas como caminhar até a escola/casa, ensinar brincadeiras antigas, separar o fim de semana para praticar esportes com a família;
- Tempo de brincadeira/AF na semana (tabela): contém espaços para anotar o tempo de brincadeiras/AF nos determinados períodos (manhã, tarde e noite) e dias da semana.

Figura 10 - O importante é se movimentar

Tempo de Brincadeira/Atividade Física na semana

Período	S	T	Q	Q	S	S	D
	E	E	U	U	S	A	O
	G	R	Á	I	A	B	M
Manhã							
Tarde							
Noite							

Acumule pelo menos 3 brincadeiras por dia!
Acumule 80 minutos de atividade física todo dia!

Breve Aconselhamento

1. O importante é se movimentar!
Organize melhor seu tempo. Reserve pelo menos 15 minutos para brincar com seu(sua) filho(a).
TV Sentado Deitado

2. Faça mais Atividade Física
Onde e quando eu posso me exercitar?
LAZER CAÇA TRABALHO TRANSPORTES ESCOLA

3. Consuma mais alimentos saudáveis
Aumente e varie o consumo de frutas, legumes e verduras.
DIMINUA

Pense no equilíbrio da balança
Diminua as calorias ingeridas e aumente o tempo de atividade física.
Brinque de se exercitar com seu(sua) filho(a) pelo menos 15 minutos, se possível 2 a 3 vezes por dia.
Caminhe os 2 últimos quarteirões até a escola.
Ensine a eles brincadeiras de sua época.
Separe o fim de semana para praticar esportes em família.
DIVERTAM-SE EM FAMÍLIA

Atividade Física faz bem. Pratique você também!

Folder 6 - Recomendações para a prática de AF e alimentação saudável

Objetivo: atingir as recomendações de AF para a saúde da criança, compreender a importância de se alimentar bem e em horários estipulados, e

os benefícios de diferentes estímulos durante a prática de AF associado a alimentação saudável.

- Recomenda-se intercalar 300 minutos de atividade moderada com 70 minutos de atividade vigorosa por semana para benefícios a saúde da criança, sendo que elas podem ser divididas e acumuladas durante o dia;
- Definição de AF moderada: atividades com respiração um pouco acima do normal e AF vigorosa: respiração muito acima do normal;
- Alimentação saudável de três em três horas e respeitando as necessidades da criança;
- Ingestão constante de água para manter a hidratação, funcionamento normal do corpo e auxílio na digestão;
- Atividades com estímulos diferentes que trabalhem capacidades físicas - aptidão cardiorrespiratória, coordenação motora, flexibilidade, agilidade e força, associado a uma boa alimentação, auxiliam num melhor crescimento e desenvolvimento da criança;
- Dicas e incentivos para a prática de AF são importantes para que os pais/responsáveis estimulem as crianças a prática de AF, e assim fazendo-as atingirem as recomendações diárias e semanais de AF;
- Descrição de brincadeira/AF na semana (tabela): contém espaços para anotar as brincadeiras/AF realizadas durante a semana.

Figura 11 – Recomendações para a prática de AF e alimentação saudável



Folder 7 - Transpondo barreiras

Objetivo: discutir os passos para se tornar ativo e ultrapassar as barreiras para AF e alimentação saudável.

- Ao se tratar de transpor as barreiras é necessário que as pessoas tracem metas fáceis e atingíveis a curto e longo prazo, se organizem e olhem para frente, seja em estágio inicial ou avançado da prática de AF;
- Importante pensar nos lugares, nas atividades e na alimentação enquanto qualidade de vida e saúde;
- Passo 1: mudar a rotina;
- Passo 2: aumentar o tempo de AF;
- Passo 3: aumentar a frequência semanal;
- Passo 4: aumentar a intensidade;
- Passo 5: ser positivo e sempre olhar para frente - o que eu posso fazer amanhã?
- Passo 6: traçar metas;
- Passo 7: planejar o dia, do momento em que se levanta até o momento em que vai dormir;
- Passo 8: cuidar da saúde, não somente pensar na AF e alimentação saudável, mas passar no médico, acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, e outros aspectos contidos no conceito de saúde;
- Passo 9: mudar o comportamento, assim tornando-o um hábito e parte da rotina tanto dos pais/responsáveis quanto das crianças.

Figura 12 – Transpondo barreiras

Lugares para se Brincar e praticar Atividade Física

Onde posso brincar e/ou praticar atividade física

- Pátio da Escola
- Praças do seu Bairro
- Quintal de casa
- Parque da Cidade
- Horto Florestal
- Academias ao ar livre

Acumule pelo menos 3 brincadeiras por dia!
Acumule 30 minutos de atividade física todo dia!


www.nafes.org
https://www.facebook.com/nafes.unesa

Breve Aconselhamento



Atividade Física faz bem.
Pratique você também!

Transpondo barreiras

- 1 Trace metas e objetivos de curto prazo, e aumente um pouco o tempo das atividades e melhorando sua alimentação.
- 2 Então trace metas a curto e longo prazo. Lembra-se e tenha prioridades.
- 3 Olhe para frente e não para trás. Quantos dias podemos caminhar na semana que vem?

PROGrame-se: AGende um HORÁRIO

Período	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM
Manhã							
Tarde							
Noite							



PENSE NOS LUGARES! PENSE NAS ATIVIDADES! PENSE NA ALIMENTAÇÃO!

MOVA-SE! BRINCAR FAZ BEM! PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA!

MUDE DE COMPORTAMENTO! MUDE A ROTINA!

5.3.3 Funcionamento do BA

Após delineamento e levantamento do público alvo, a intervenção teve seu início, que a princípio seria realizada pelos professores e ACS, e o pesquisador responsável seria apenas o mediador. Entretanto, não houve aderência por conta da divergência de horário em seus respectivos postos de trabalho e o horário em que intervenção iria acontecer (depois das 17 horas), dessa forma, o pesquisador passou a realizar todos os encontros de BA e ficou acordado que ACS iriam realizar as avaliações antropométricas e aplicação de questionários das crianças, e os professores acompanhariam os encontros de BA e auxiliariam na aplicação de questionários dos pais/responsáveis. Entretanto, não houve muito êxito.

Ainda, durante o processo houve uma perda significativa de pais/responsáveis presentes nos BA, assim, à partir de uma reunião com professor da área de Educação da pós-graduação da Unesp – campus Rio Claro, foi sugerido que os encontros fossem filmados, a fim de verificar mudanças sutis de comportamento e hábitos que somente os questionários não conseguiram avaliar, além de dar voz e trazer as falas dos participantes à tona. Definido que os últimos 3 encontros seriam filmados, foi necessário repensar a forma que era conduzido o BA, já que o mesmo acontecia em formato de grupo focal, entretanto os participantes não eram muito comunicativos, dificultando para o pesquisador observar mudanças sutis de comportamento. Assim, para produzir os dados, um cronograma de vídeo foi pensado e executado, em que ao final de cada BA, 2 perguntas eram realizadas referente ao BA anterior. Foram elas: *5º encontro* – 1) Pensando em um dia comum, o que você pode fazer para organizar melhor seu tempo e dessa forma praticar atividade física com seu filho? Em que local e momento você o faria?, e 2) Pensando em gasto energético e consumo calórico, você acredita gastar mais do que consome, ou consome mais do que gasta? Em qualquer uma das situações, o que você acha que pode fazer de diferente?; *6º encontro* – 1) Pensando em suas atividades do dia-a-dia, e principalmente nas de seu filho, você acredita estar atingindo as recomendações? E auxiliando o processo de crescimento e desenvolvimento de seu filho?, e 2) Na semana passada, quantos dias, quanto tempo e em que período você realizou AF com seu filho? Você conseguiu mudar algum alimento em sua alimentação?; *7º encontro* – 1) Tendo conhecimento sobre AF e alimentação saudável, o que você mudou desde o princípio até agora, e o que você acredita precisar mudar?; 2) Quais são os benefícios que encontrou depois

que mudou alguns de seus hábitos não saudáveis? E o que você acredita ser o seu ponto fraco?, e 3) Qual sua estratégia de continuar fazendo as atividades e se alimentando corretamente para os próximos meses?.

Para análise dos dados qualitativos, optou-se pela análise de conteúdo por se encaixar melhor devido a sua abordagem quantitativa, onde houve verificação de frequência de respostas dos participantes (BARDIN, 1997). A análise se deu por meio de 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados e 4) interpretação (BARDIN, 1997; PÊCHEUX, 1993).

A intervenção aconteceu no período de Julho à Dezembro de 2016, com aplicação de questionários aos pais, crianças, professores de ACS.

Crianças:

As crianças realizaram avaliações antropométricas mensalmente durante seis meses, a fim de acompanhar a curva de crescimento e assim verificar se estavam com sobrepeso/obesidade. Ainda, responderam a lista de atividade física (LAF) e CS.

Pais/responsáveis:

Os participantes receberam orientação em grupo focal por meio de folder informativo, com objetivo de aumentar o NAF dos participantes e de seus filhos, assim como melhorar os hábitos alimentares. O BA foi realizado pelo pesquisador em encontros presenciais mensais na escola, durante seis meses. Bimestralmente, nestes encontros foram realizadas e aplicadas anamnese clínica, estado nutricional, CS, conhecimento saudável e nível de AF.

Professores e ACS:

Para que os encontros fossem mais didáticos e atendessem melhor o grupo, reuniões com os professores e ACS foram agendadas e realizadas com intuito de discutir os temas abordados em cada BA e qual seria a melhor forma de exposição. Além disso, os questionários foram aplicados de forma coletiva e com auxílio dos professores, já as avaliações antropométricas e aplicação dos questionários às crianças houve o auxílio dos ACS.

Ainda, os professores e ACS responderam um questionário pré e pós intervenção de caráter qualitativo.

5.4 Instrumentos para coleta de dados

A aplicação dos questionários ocorreram em 3 momentos: pré-intervenção (baseline), após 3 meses e ao final dos 6 meses. Houve exceção das avaliações antropométricas que foram mensuradas mensalmente, e a avaliação de equipe que ocorreu nos momentos pré e pós intervenção. Todos os questionários foram impressos e aplicados de forma coletiva em seus respectivos locais de encontros. As análises foram conduzidas no Núcleo de Atividade Física, Esporte e Saúde (NAFES) – UNESP Rio Claro.

5.4.1 Crianças

5.4.1.1 Avaliações antropométricas

Mensurou-se o peso corporal (kg) (balança digital G-TECH), estatura (m) (trena antropométrica SANNY), circunferência de cintura (cm) (trena antropométrica SANNY) e circunferência de quadril (cm) (trena antropométrica SANNY).

As avaliações ocorreram mensalmente e foram conduzidas pelo pesquisador e ACS destinado para aquele dia, em espaço previamente solicitado e agendado em cada escola. Utilizou-se o protocolo da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013) para aferição das variáveis. Para a pesagem, a criança deveria estar com roupas leves, descalça, e com o mínimo de acessórios, posicionando-se em cima da balança com pés paralelos e olhar na linha do horizonte. Na medição de estatura, a criança estava descalça ou com meias, com roupas leves, posicionada em pé e com os pés paralelos, calcanhares o mais próximo da parede, braços relaxados e palmas das mãos voltadas para o corpo, e cabeça na posição do plano de Frankfurt (alinhado horizontalmente a borda inferior da abertura do orbital com a margem superior do condutor auditivo externo), corretamente posicionada, pediu-se para que respirasse profundamente, e assim, se obteve a medida de sua altura. Para medir a circunferência da cintura o pesquisador pediu para que levantasse a blusa/camiseta, e mantivesse os braços flexionados e cruzados no tórax, abdome relaxado e respirando normalmente. Logo,

a última costela fixa (10ª costela) foi encontrada e medição foi realizada. Na circunferência de quadril, o participante deveria estar com as pernas unidas, e a medição foi realizada com a fita métrica posicionada no ponto de maior circunferência da região glútea.

À partir das medidas de peso e estatura, o Índice de Massa Corporal (IMC) das crianças foi calculado por meio da calculadora disponibilizada pela ABESO, em que o estado nutricional é realizado através percentil e do escore Z-IMC, com coeficientes parametrizados com informações do sexo, idade, peso e estatura (OMS, 2007), a fim de acompanhar a curva de crescimento e verificar a prevalência de sobrepeso/obesidade. Sua classificação foi realizada de acordo com os critérios utilizados pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica: -2 – abaixo do peso; -2 e $<+1$ – normal, $+1$ e $<+2$ – sobrepeso e $> +2$ – obesidade.

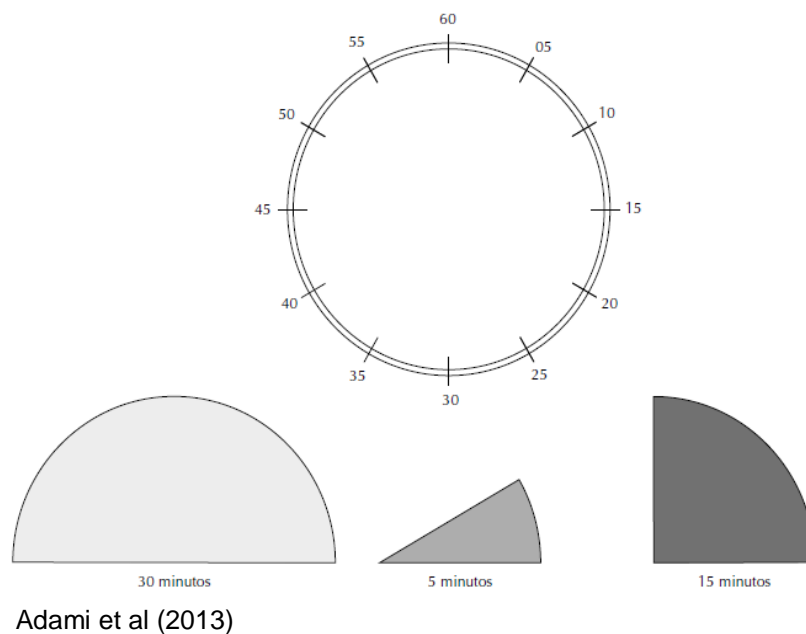
5.4.1.2 Nível de Atividade Física (NAF) e Comportamento Sedentário (CS)

A Lista de Atividades Físicas (LAF) foi aplicada nas crianças, visando verificar as atividades que realizam antes, durante e depois da escola (Adami et al., 2013), nos domínios de AF – transporte, lazer, doméstico e trabalho, esse último aspecto substituído por atividades realizadas na escola.

Ainda, em relação ao CS, o LAF possui campos que se enquadraram no intuito de ter um melhor diagnóstico e avaliação, quando associado ao NAF, cujas perguntas foram tempo assistindo TV e utilizando computador e/ou videogames antes e depois da escola.

O questionário foi aplicado de forma coletiva com máximo de 5 crianças, numa sala previamente solicitada e agendada, e foi conduzida pelo pesquisador juntamente com um ACS. As perguntas foram lidas para as crianças e elas relatavam o tempo, a intensidade e frequência das atividades que realizavam. Para terem melhor noção de tempo, um relógio em formato de quebra-cabeça era mostrado à elas a fim de ter uma melhor compreensão por parte das crianças.

Figura 13 - Relógio questionário LAF



5.4.2 Pais/responsáveis

Todos os questionários foram aplicados em mutirão pelo pesquisador responsável em sala previamente agendada em suas respectivas escolas. Os questionários foram explicados e na sua aplicação, todas as perguntas foram lidas para que em caso de dúvidas, elas fossem sanadas durante as respostas.

5.4.2.1 Anamnese clínica

Instrumento foi utilizado a fim de identificar as características gerais de saúde dos pais/responsáveis e seus filhos. Foram esses: faixa etária; nível de escolaridade; ingestão de bebida alcoólica; fumante ou não fumante; praticante ou não de AF; possíveis doenças que já contraíram (pais e filhos); fator hereditário para doença e avaliação do estado de saúde (pais e filhos).

5.4.2.2 Nível de atividade física (NAF)

O *International Physical Activity Questionnaire* (IPAq – versão longa) foi aplicado aos pais/responsáveis, a fim de verificar os hábitos e NAF nos domínios: domésticos, trabalho, transporte e lazer (Matsudo et al., 2001), questionário esse

validado em mais de 12 países (GRAIG et al, 2003). Para o cálculo do tempo, utilizou-se a equação sugerida por Hallal et al (2003): AF moderada + (2x AF vigorosa).

5.4.2.3 *Comportamento sedentário*

Para avaliar o CS dos pais/responsáveis aplicou-se o Questionário de Comportamento Sedentário de Mielke (2012), que continha perguntas a respeito de tempo de TV, tempo de computador, tempo sentado no trabalho e no colégio/faculdade, tempo sentado no transporte (carro, moto ou ônibus).

5.4.2.4 *Estado nutricional*

Inquérito foi aplicado aos responsáveis, a fim de diagnosticar hábitos alimentares não saudáveis deles e das crianças. O mesmo foi elaborado baseado no Guia Alimentar (2014) juntamente com a contribuição e suporte da nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 3 encontros presenciais, uma vez que não há na literatura instrumento validado que avalie tal esfera.

A sessão A foi voltada aos pais/responsáveis com questões sobre ingestão de alimentos *in natura* ou minimamente processados, processados ou ultraprocessados; utilização de óleos, gorduras, sal e açúcar; frequência que cozinha; quantidade de refeições diárias; hábito de se alimentar no mesmo horário; hábito de sentar-se à mesa para realizar as refeições; frequência em fazer compras; lugares em que realiza as compras; e se possui horta na casa.

A sessão B foi voltada às crianças, porém os pais que responderam as questões: ingestão de alimentos *in natura* ou minimamente processados, processados ou ultraprocessados; utilização de óleos, gorduras, sal e açúcar; quantidade de refeições diárias; o que ingere nos lanches; hábito de se alimentar no mesmo horário; hábito de sentar-se à mesa para realizar as refeições; costume de pedir coisas de comer que vê na TV; e se costuma comprar.

5.4.2.5 *Conhecimento e comportamento saudável*

As informações foram obtidas a partir de um questionário não validado elaborado juntamente com a nutricionista do SUS, a fim de verificar os conhecimentos

que os responsáveis possuíam em relação à comportamentos saudáveis antes e após a intervenção. O questionário continha perguntas sobre: hábito de aferir pressão arterial (PA), nível de colesterol e glicemia; prática de AF; tempo sentado/deitado; hábito de frequentar parques, praças, academias ao ar livre; quantidade de refeições necessárias por dia; quantas refeições realizadas por dia; costume de higienizar o alimentos antes da ingestão; hábito de beber água; hábito de realizar refeições caseiras e em família; programas em família; obesidade é uma doença; crianças “gordinhas” são mais saudáveis que crianças magras; obesidade pode acompanhar o crescimento da criança tornando-o um adolescente e/ou adulto obeso; crianças “gordinhas” são melhor cuidadas; família pode influenciar a vida da criança; escola pode influenciar a vida da criança.

5.4.3 Professores/ACS

5.4.3.1 Avaliação das escolas e SUS

A fim de verificar a efetividade da intervenção, foi aplicado um breve questionário de avaliação elaborado pelo pesquisador, em que os professores e agentes de saúde expressaram suas opiniões em relação às dificuldades encontradas, possíveis estratégias que poderiam ser adotadas, os benefícios da intervenção conjunta, e o seu impacto na comunidade – às famílias, crianças, escolas e PSF.

As questões no momento pré foram: nome completo; faixa etária; sexo; profissão; local de atuação; tempo de profissão; horas semanais de trabalho; algum outro local de atuação; graduação; pós graduação; estado civil; quantidade de filhos; prática de AF; preocupação com alimentação; entendimento sobre promoção de saúde; conhecimento do PSE; importância da parceria entre escola e USF para promoção de saúde infantil; vantagens e desvantagens da parceria a nível administrativo e pessoal/profissional; sugestão para melhorar a intervenção; opinião sobre o envolvimento dos funcionários e professores na execução da intervenção; nota de 0 a 10 o quanto acredita que a intervenção será eficaz no aumento do nível de AF e melhora nos hábitos alimentares da criança; e se já houve intervenção com parceria de outra secretarias.

No momento pós, as questões se repetiram e houve acréscimo de duas perguntas: se houve dificuldades na parceria; e se acredita que a estratégia adotada foi efetiva.

A aplicação do mesmo ocorreu nas USF A e C em horário pré-agendado com a coordenadora de cada Unidade.

5.5 Análise estatística

Os dados descritivos foram expressos em média, desvio padrão e porcentagem. Uma ANOVA de medidas repetidas com intenção de tratar foi utilizada para analisar as mudanças nas variáveis antropométricas, NAF e CS durante o período de intervenção (6 meses). Ainda, para as medidas de frequência – estado nutricional, conhecimento e comportamento saudável, utilizou-se teste qui-quadrado para verificar as mudanças entre coletas (1, 2 e 3). As análises estatísticas foram conduzidas utilizando o programa estatístico SPSS 21.0 e software Excel 2013, considerando o valor de $p \leq 0.05$.

Para as filmagens dos encontros de BA, utilizou-se da análise de conteúdo, assim como para o questionário dos professores e ACS.

6 RESULTADOS

Para os resultados, a apresentação dos mesmos será realizada em blocos – crianças, pais e professores/ACS, de acordo com os instrumentos de coleta de dados apresentado na metodologia.

6.1 Crianças

Para as crianças a média de idade foi de 8,71 ($\pm 0,89$ anos de idade) do momento 1 ao 5, composta por 19 meninos e 19 meninas, correspondendo a 50% para cada. O peso teve médias de 32,73 ($\pm 9,67$), 32,85 ($\pm 9,70$), 33,00 ($\pm 9,57$), 33,51 ($\pm 9,98$), 33,73 ($\pm 9,82$), nos meses agosto, setembro, outubro, novembro e dezembro, respectivamente. A altura foi de 1,34 ($\pm 0,11$) no primeiro mês à 1,36 ($\pm 0,10$). A circunferência de cintura variou pouco em sua média, de 59,94 ($\pm 7,36$) à 58,83 ($\pm 7,53$), e a de quadril teve média mínima de 69,78 ($\pm 9,77$) e máxima de 73,79 ($\pm 9,27$). Quanto ao IMC variou entre 0,63 ($\pm 1,14$) e 0,71 ($\pm 1,23$).

Em relação ao número de participantes por coleta, houve oscilação do mesmo, pois algumas crianças no dia da avaliação não estavam presentes na escola e mesmo com a volta do pesquisador para realizar a antropometria dos alunos faltosos, as mesmas não estavam presentes.

Podemos observar que ao longo do período de intervenção, houveram diferenças no momento da coleta 1 (C1) com as coletas 4 e 5 (C4 e C5) para as variáveis de peso e altura (0,000), e na coleta 3 (C3) encontrou-se diferença para cintura. As demais, não houve diferenças. Os dados podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2 – Características antropométricas (média e desvio padrão) das crianças ao longo da intervenção de 6 meses (n=38, Rio Claro, 2016) (ANOVA medidas repetidas com intenção de tratar)

	C1	C2	C3	C4	C5	p C1xC2	p C1xC3	p C1xC4	p C1xC5
Peso (kg)	32,73 $\pm 9,67$	32,85 $\pm 9,70$	33,00 $\pm 9,57$	33,51 $\pm 9,98$	33,73 $\pm 9,82$	1,000	0,264	0,000*	0,000*
Altura (m)	1,34 $\pm 0,11$	1,34 $\pm 0,11$	1,35 $\pm 0,09$	1,36 $\pm 0,10$	1,36 $\pm 0,10$	1,000	0,420	0,000*	0,000*
Cintura (cm)	59,94	59,94	58,37	60,03	58,83	1,000	0,663	1,000	1,000

	±7,36	±7,49	±6,55	±7,52	±7,53				
Quadril (cm)	73,56	73,15	69,78	73,70	73,79	1,000	0,000*	1,000	1,000
	±9,16	±9,25	±9,77	±9,31	±9,27				
Z-IMC (percentil)	0,66	0,64	0,51	0,48	0,71	1,000	0,267	0,058	1,000
	±1,14	±1,22	±1,26	±1,26	±1,23				

n= amostra; kg= quilo; m= metro; cm= centímetro; IMC = índice de massa corporal; C1= coleta 1; C2= coleta 2; C3= coleta 3; C4= coleta 4; C5= coleta 5; p <0,05.

*diferença entre as coletas.

As crianças em relação ao NAF atingiram as diretrizes de acordo com a OMS (2011) de 60 minutos de atividades moderadas a vigorosas acumuladas durante o dia. A média da primeira coleta foi de 140,76 (±114,91) minutos por semana, da segunda foi 138,10 (±114,17) e na terceira 111,60 (±121,67). Ainda, apesar de não apresentarem médias altas para CS antes da escola, o tempo despendido para CS depois da escola aumentou da coleta 1 (103,57±136,98) para a coleta 2 (152,28±277,38) e para a coleta 3 (185,18±173,99). Ainda, houve diferenças de C1vsC2 (0,035) e C1vsC3 (0,006) no TCS antes da escola, e para o TCS depois da escola, observou-se diferença entre C1vsC3 (0,039) (Tabela 3).

Tabela 3 - Dados do NAF em todos os domínios e CS das crianças ao longo da intervenção de 6 meses (n=38, Rio Claro, 2016) (ANOVA medidas repetidas com intenção de tratar)

	C1	C2	C3	P-value C1vsC2	P-value C1vsC3	P-value C2vsC3
NAF domínios (m/dia)	140,76± 114,91	138,10± 114,17	111,60± 121,67	1,000	0,291	0,735
TCS antes da escola (m/dia)	22,63± 31,99	9,60± 22,48	4,31± 11,27	0,035*	0,006*	0,539
TCS depois da escola (m/dia)	103,57± 136,98	152,28± 277,38	185,18± 173,99	0,760	0,039*	1,000

NAF= nível de atividade física; TCS= tempo de comportamento sedentário; n= amostra; m= minutos; C1= coleta 1; C2= coleta 2; C3= coleta 3; p <0,05.

*diferença entre as coletas.

Em relação a classificação da saúde das crianças, os pais/responsáveis classificaram a saúde de seus respectivos filhos “excelente, muito boa ou boa” (78,57%) com os mesmos percentuais para as três coletas (Tabela 4).

Tabela 4- Classificação de saúde dos filhos na visão dos pais (n=14, Rio Claro, 2016) (Qui-quadrado com intenção de tratar)

n (%)	Saúde C1	Saúde C2	Saúde C3	p
-------	----------	----------	----------	---

Excelente				
Muito boa	11 (78,57)	11 (78,57)	11 (78,57)	
Boa				1,000
Ruim				
Muito ruim	3 (21,42)	3 (21,42)	3 (21,42)	
Não respondeu				

n= amostra; %= porcentagem; C1= coleta 1; C2= coleta 2; C3= coleta 3; $p < 0,05$.

6.2 Pais/responsáveis

A amostra dos pais/responsáveis foi composta somente por mulheres ($n=14$), com média de idade de $36,69 \pm 4,37$ anos de idade. Em relação ao nível de escolaridade, 78,5% das participantes possuem Ensino Médio Completo/Incompleto, não fumam (92,8%), não bebem (78,5%), tem algum parente próximo (pai, mãe, irmãos) com ocorrência ou suspeita de ter alguma doença (85,7%), e 50% possui algum problema médico (Tabela 5).

Tabela 5 - Dados descritivos dos pais ($n=14$, Rio Claro, 2016)

	n	%
Sexo		
Feminino	14	100,0
Masculino	0	0,0
Idade		
> 30 anos	14	100,0
Nível de escolaridade		
Fundamental completo/incompleto	1	7,1
Médio completo/incompleto	11	78,5
Superior completo/incompleto	2	14,2
Fumo		
Sim	1	7,1
Não	13	92,8
Ingestão bebida alcóolica		
Sim	3	21,4
Não	11	78,5
Hereditariedade		
Sim	12	85,7
Não	2	14,2
Problema médico		
Sim	7	50,0
Não	7	50,0

n= amostra; %= porcentagem.

Ao se tratar da classificação de saúde, na primeira coleta 64,28% dos pais/responsáveis classificaram sua saúde como “excelente, muito boa ou boa”, sendo que na segunda o percentual diminuiu para 57,14% e terceira coleta a classificação

aumentou para 71,42%, e ainda houve uma queda da primeira para a terceira coleta de 35,71% para 28,57% na opção “ruim, muito ruim ou não respondeu”, como pode ser observado na Tabela 6.

Tabela 6 - Classificação de saúde dos pais (n=14, Rio Claro, 2016) (Qui-quadrado com intenção de tratar)

n (%)	Saúde C1	Saúde C2	Saúde C3	p
Excelente				0,919
Muito boa	9 (64,28)	8 (57,14)	10 (71,42)	
Boa				
Ruim				
Muito ruim	5 (35,71)	6 (42,85)	4 (28,57)	
Não respondeu				

n= amostra; %= porcentagem; C1= coleta 1; C2= coleta 2; C3= coleta 3; p<0,05.

Em relação ao NAF dos pais/responsáveis, ao se tratar do domínio lazer, a média dos participantes só atinge as recomendações de 150 minutos de AF no lazer por semana na primeira coleta (174,28±207,13), enquanto que nas coletas 2 e 3 a média não alcança as recomendações (135,00±190,53 e 138,57±194,25). Porém, nos demais domínios – trabalho, transporte e doméstico, as médias foram altas, em contrapartida, o tempo despendido em comportamento sedentário também teve médias altas para semana e fim de semana (Tabela 7).

Tabela 7 - Dados do NAF no trabalho, transporte, doméstico e lazer, e CS dos pais (n=14, Rio Claro, 2016) (ANOVA medidas repetidas com intenção de tratar)

	C1	C2	C3	p C1xC2	p C1xC3	p C2xC3
NAF Trabalho (m/sem)	794,28±1086,09	655,71±1104,04	655,71±1104,04	1,000	1,000	a
NAF Transporte (m/sem)	574,64±614,31	561,42±627,21	599,64±615,20	1,000	0,817	0,472
NAF Doméstico (m/sem)	1104,64±950,09	1051,42±877,05	913,21±822,69	1,000	0,129	0,165
NAF Lazer (m/sem)	174,28±207,13	135,00±190,53	138,57±194,25	0,575	0,946	1,000
Tempo sed. sem. (m/sem)	900,00±357,87	942,85±374,09	857,14±434,05	1,000	1,000	0,653
Tempo sed. fim de sem. (m/sem)	390,00±167,65	407,14±176,39	372,85±163,35	1,000	1,000	0,653

NAF= nível de atividade física; DP= desvio padrão; Sed= sedentário; Sem= semana; C1= coleta 1; C2= coleta 2; C3= coleta 3; a= constante; p<0,05.

Na tabela 8 é possível identificar o TCS despendido em cada atividade. É possível observar que o tempo de TV possui as médias mais altas comparada ao

restante, especificamente a primeira coleta em que a média ultrapassa os 150 minutos (159,28±116,91). O tempo sentado no trabalho é o que precede, seguido de transporte, computador e colégio. Em relação ao tempo total sentado, pode-se verificar que em dias normais de semana os participantes não passam nem 1 hora sentados, e ainda, as médias entre as coletas 1 e 3 diminuem, demonstrando um menor tempo despendido em atividades de CS.

Tabela 8 - Dados do tempo de comportamento sedentário dos pais (n=14, Rio Claro, 2016) (ANOVA medidas repetidas com intenção de tratar)

	C1	C2	C3	P C1xC2	P C1xC3	P C2xC3
T. TV (min/sem)	159,28±116,91	150,71±112,48	142,14±114,63	1,000	1,000	1,000
T. Computador (min/sem)	34,28±65,36	34,28±65,36	38,57±69,04	a	1,000	1,000
T. Sent./Trabalho (mim/sem)	45,00±69,36	43,57±69,23	40,00±69,39	1,000	0,508	0,522
T. Sent./Colégio (m/sem)	0,14±0,53	0,14±0,53	0,14±0,53	a	a	a
T. Sent./Transporte (m/sem)	31,64±35,29	25,21±24,50	27,35±28,73	1,000	1,000	1,000
T. Total (m/sem)	245,71±168,66	249,64±143,34	226,78±146,48	1,000	1,000	0,687

n= amostra; T= tempo; min= minuto; sem= semana; sent= sentado; C1= coleta 1; C2= coleta 2; C3= coleta 3; a= constante; p<0,05.

Em relação aos conhecimentos e comportamentos saudáveis, é possível observar que mais de 50% dos participantes não têm o hábito de aferir pressão e passam mais tempo sentados do que em pé. Em contrapartida, uma boa parte pratica AF, frequenta praças, realiza programas em família e se preocupa em termos de alimentação/nutrição (higiene de alimentos, ingestão de água, refeições caseiras e em família).

Ao serem questionados a respeito de obesidade infantil ser uma doença, os percentuais ultrapassaram os 70% nas coletas 1 e 3 para os que acreditam ser, enquanto que na segunda coleta esse percentual caiu para a casa dos 50%. Ainda assim, seguindo a linha de raciocínio de que obesidade é doença, mais de 80% acredita que a mesma acompanha a vida, podendo acarretar em problemas futuros.

Sobre a importância do papel da família e da escola, todos têm a consciência de que é necessário o cuidado com a criança, e merece atenção de todos os lados, uma vez que 100% dos pais/responsáveis acreditam que família e escola influenciam

diretamente na vida das crianças/adolescentes (coletas 2 e 3), enquanto que na coleta 1, os percentuais são de 92,82% e 85,71%, respectivamente (Tabela 9).

Tabela 9 - Dados de conhecimento e comportamento saudável dos pais (n=14, Rio Claro, 2016) (Qui-quadrado com intenção de tratar)

n (%)	C1		C2		C3		p
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
Aferir PA/COL/GLIC	6 (42,85)	8 (57,14)	3 (42,85)	4 (57,14)	1 (20,00)	4 (80,00)	0,749
Pratica AF	7 (50,00)	7 (50,00)	6 (85,71)	1 (14,28)	4 (80,00)	1 (20,00)	0,223
+ tempo sent. do que em pé	3 (21,42)	11 (78,57)	1 (14,28)	6 (85,71)	0 (0,00)	5 (100)	0,787
Frequenta praças	9 (64,28)	5 (35,71)	3 (42,85)	4 (57,14)	3 (60,00)	2 (40,00)	0,771
Higieniza alimentos	14 (100)	0 (0,00)	7 (100)	0 (0,00)	5 (100)	0 (0,00)	a
Hábito de beber água	10 (71,42)	4 (28,57)	6 (85,71)	1 (14,28)	4 (80,00)	1 (20,00)	0,834
Refeições caseiras	14 (100)	0 (0,00)	7 (100)	0 (0,00)	5 (100)	0 (0,00)	a
Refeições em família	9 (64,28)	5 (35,71)	5 (71,42)	2 (28,57)	4 (80,00)	1 (20,00)	1,000
Programa em família	10 (71,42)	4 (28,57)	7 (100)	0 (0,00)	5 (100)	0 (0,00)	0,269
Obesidade é doença	10 (71,42)	4 (28,57)	4 (57,14)	3 (42,85)	4 (80,00)	1 (20,00)	0,731
Criança gordinha é saudável	5 (35,71)	9 (64,28)	1 (14,28)	6 (85,71)	2 (40,00)	3 (60,00)	0,619
Obesidade acompanha a vida	12 (85,71)	2 (14,28)	6 (85,71)	1 (14,28)	5 (100)	0 (0,00)	1,000
Gordinha é mais bem cuidado	6 (42,85)	8 (57,14)	1 (14,28)	6 (85,71)	0 (0,00)	5 (100)	0,210
Família influencia	13 (92,85)	1 (7,14)	7 (100)	0 (0,00)	5 (100)	0 (0,00)	1,000
Escola influencia	12 (85,71)	2 (14,28)	7 (100)	0 (0,00)	5 (100)	0 (0,00)	0,698

n= amostra; %= porcentagem; PA= pressão arterial; COL=colesterol; GLIC=glicemia; AF= atividade física; sent= sentado; a= constante; p<0,05.

Em relação ao estado nutricional observa-se que ao passo que os participantes tanto pais/responsáveis, quanto as crianças, se preocupam em ingerir alimentos *in natura*, também ingerem alimentos processados e ultra processados, utilizam de óleos, gorduras e açúcares. Em contrapartida, possuem hábito de comer na mesma hora, realizar refeições em família, sentar-se à mesa para comer. Sobre serem questionados a respeito de seus filhos pedirem o que vê na TV, os percentuais para as duas primeiras coletas foram mais altos para a opção “não” (C1=71,42%; C2= 57,14%), enquanto que para a última coleta, o percentual para a opção “sim” foi maior, atingindo 60% dos pais/responsáveis e crianças. Mas apesar dessa transição, em

todas, os pais relatam não ter o hábito de comprar o que o filho pede (C1=78,57%; C2= 85,71%; C3= 60%).

Tabela 10 - Dados do estado nutricional dos pais (n=16. Rio Claro. 2016) (Qui-quadrado com intenção de tratar)

n (%)	Coleta 1		Coleta 2		Coleta 3		p
	n=14		n=7		n=5		
	SEMPRE	NUNCA	SEMPRE	NUNCA	SEMPRE	NUNCA	
Alimentos in natura	14 (100)	0 (0,00)	7 (100)	0 (0,00)	5 (100)	0 (0,00)	a
Excesso óleo, sal, açúcar	10 (71,42)	4 (28,57)	7 (100)	0 (0,00)	3 (60,00)	2 (40,00)	0,211
Alimentos processados	13 (92,85)	2 (14,28)	7 (100)	0 (0,00)	5 (100)	0 (0,00)	1,000
Alimentos ultra processados	14 (100)	0 (0,00)	6 (85,71)	1 (14,28)	5 (100)	0 (0,00)	0,462
Cozinha em casa	14 (100)	0 (0,00)	7 (100)	0 (0,00)	5 (100)	0 (0,00)	a
Refeições por dia	8 (57,14)	6 (42,85)	2 (28,57)	5 (71,42)	1 (20,00)	4 (80,00)	0,317
Come na mesma hora	13 (92,85)	1 (7,14)	5 (71,42)	2 (28,57)	5 (100)	0 (0,00)	0,252
Senta-se para comer	12 (85,71)	2 (14,28)	7 (100)	0 (0,00)	5 (100)	0 (0,00)	0,698
Faz compra com frequência	11 (78,57)	3 (21,42)	5 (71,42)	2 (28,57)	2 (40,00)	3 (60,00)	0,380
Possui horta em casa	1 (7,14)	13 (92,85)	0 (0,00)	7 (100)	0 (0,00)	5 (100)	1,000

n= amostra; %= porcentagem; a= constante; p<0,05.

Tabela 11 - Dados do estado nutricional das crianças de acordo com a percepção dos pais (n=16, Rio Claro, 2016) (Qui-quadrado com intenção de tratar)

n (%)	Coleta 1		Coleta 2		Coleta 3		p
	n=14		n=7		n=5		
	SEMPRE	NUNCA	SEMPRE	NUNCA	SEMPRE	NUNCA	
Alimentos in natura	14 (100)	0 (0,00)	6 (85,71)	1 (14,28)	5 (100)	0 (0,00)	0,468
Excesso óleo, sal, açúcar	9 (64,28)	5 (35,71)	7 (100)	0 (0,00)	5 (100)	0 (0,00)	0,080
Alimentos processados	14 (100)	0 (0,00)	7 (100)	0 (0,00)	3 (60,00)	2 (40,00)	0,031
Alimentos ultra processados	14 (100)	0 (0,00)	6 (85,71)	1 (14,28)	4 (80,00)	1 (20,00)	0,203
Refeições por dia	6 (42,85)	8 (57,14)	1 (14,28)	6 (85,71)	1 (20,00)	4 (80,00)	0,448

Come na mesma hora	13 (92,85)	1 (7,14)	7 (100)	0 (0,00)	5 (100)	0 (0,00)	1,000
Senta-se para comer	12 (85,71)	2 (14,28)	5 (71,42)	2 (28,57)	5 (100)	0 (0,00)	0,617
Pede o que vê na TV	4 (28,57)	10 (71,42)	3 (42,35)	4 (57,14)	3 (60,00)	2 (40,00)	0,503
Costuma comprar	3 (21,42)	11 (78,57)	1 (14,28)	6 (85,71)	2 (40,00)	3 (60,00)	0,682

n= amostra; %= porcentagem; a= constante; p<0,05.

A análise dos resultados dos grupos focais, que compõem a análise qualitativa da pesquisa, foi realizada utilizando-se do método de análise de conteúdo (AC). Para a pesquisa científica é necessário a construção de um campo de neutralidade e imparcialidade, o que é impossível, entretanto deve ser buscado a todo momento por meio da teoria, pois é ela que permite que não seja afetado pela própria ideologia.

Para isso, primeiramente foi realizado uma visualização dos vídeos, em seguida a transcrição dos mesmos, para enfim explorar o material. Os resultados que serão apresentados a seguir serão divididos em três grupos: coleta 5, coleta 6 e coleta 7. A AC revelou a possibilidade de verificar mudanças sutis de comportamento dos pais e das crianças, e o contexto no qual estão inseridos.

Coleta 5

Para essa coleta, considerou que os pais/responsáveis já se encontravam no momento de preparação, em que estavam se organizando para começar a prática de AF e se alimentar de forma mais saudável. Havia 6 pais participantes, sendo que uma não pode ficar até o fim e por isso acabou não participando da discussão, ainda, não houve participação de professores ou ACS.

Tabela 12 - Avaliação dos pais em relação aos hábitos de alimentação saudável e atividade física na coleta 5 (n= 5, Rio Claro, 2016) (Análise de conteúdo)

Coleta 5	
Pensando em um dia normal de semana, o que vocês podem fazer para organizar melhor o tempo e dessa forma praticar atividade com seu filho?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Já pratica AF com o (a) filho (a) ✓ Não pratica AF por conta da rotina ✓ Pratica AF de vez em quando ✓ O horário de verão permite maior aproveitamento do dia para realizar AF ✓ Pratica AF aos finais de semana ✓ Pratica AF em casa mesmo, na rua de casa por não ter espaços públicos em condições

E aí pensando em gasto energético e consumo calórico, como eu falei pra vocês, o quanto vocês gastam e o quanto vocês comem, vocês acham que gastam mais do que comem ou comem mais do que gastam?

- ✓ Pais comem mais do que gastam, mas no verão se alimentam de forma mais saudável
- ✓ Pais comem menos e gastam mais por conta da rotina corrida

E os filhos?

- ✓ Se alimentam bem em relação a outros que não comem legumes, verduras e frutas
- ✓ Não se alimentam bem e há necessidade de ficar chamando atenção
- ✓ Se alimentam bem por conta do excesso de peso aparente e por isso não comem alimentos hipercalóricos e industrializados
- ✓ Alimentação é boa mas poderia ser melhor
- ✓ Resistência em relação aos alimentos e por isso deixa de se alimentar

Coleta 6

Na coleta 6, no passo de ação, questionou-se sobre as atividades do dia-a-dia e as recomendações de AF. Assim como na coleta anterior, uma das mães não participou até o final, totalizando em 5, sem a participação de professores e ACS.

Tabela 13 - Avaliação dos pais em relação aos hábitos de alimentação saudável e atividade física na coleta 6 (n= 5, Rio Claro, 2016) (Análise de conteúdo)

Coleta 6

Pensando nas atividades do dia-a-dia e as recomendações de AF, vocês acham que seus filhos estão atingindo as recomendações, e auxiliando no crescimento e desenvolvimento de seu filho?

- ✓ Pratica AF com frequência
- ✓ Pratica AF de vez em quando
- ✓ Hiperativo que precisa pedir para parar

E aí pensando na semana passado, quantos dias, quanto tempo e em que período você realizou AF com o seu filho?

- ✓ Não realizou nenhuma AF
- ✓ Realizou em alguns momentos sozinha durante o trabalho

E aí pensando em hábito alimentar, você conseguiu mudar algum tipo de hábito?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuiu consumo de alimentos hipercalóricos ✓ Diminuiu quantidade de sal, açúcar e óleo ✓ Melhorou qualidade do alimento e influenciou o filho ✓ Filho passou a comer legumes e verduras de forma “camuflada”
--	---

Coleta 7

Na coleta 7, houve entendimento de que deveriam manter hábitos saudáveis já adquiridos, e mudar o que acreditavam não estar correto. Participaram do último encontro de BA cinco mães e nenhum professor ou ACS.

Tabela 14 - Avaliação dos pais em relação aos hábitos de alimentação saudável e atividade física na coleta 7 (n= 5, Rio Claro, 2016) (Análise de conteúdo)

Coleta 7	
O que vocês mudaram daquele comecinho lá em julho/agosto até agora? E o que vocês acham que ainda podem mudar?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Passou a realizar caminhadas e mudou hábitos alimentares ✓ Manteve AF que já realizava e diminuiu consumo de alimentos hipercalóricos e industrializados ✓ Manteve os hábitos ✓ Há necessidade de realizar mais atividades com o filho
E aí pensando nisso, nessas atividades que vocês mantiveram e mudaram o que vocês acham que trouxe de benefícios para vocês e para as crianças?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mais disposição e estímulo ✓ Auto-estima elevada e melhora da saúde ✓ Mais ânimo e vontade de viver
Qual estratégia vocês acham que vão começar a adotar pra que vocês continuem fazendo isso ou que vocês acrescentem em alguma coisa em suas vidas? Que tipo de coisas vocês fariam pra poderem manter isso?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se cobrar mais e criar mais consciência sobre alimentação e AF ✓ Persistência mesmo em dias ruins e olhar para as coisas positivas adquiridas ✓ Pensar nos filhos e mudar por eles e por si próprio

6.3 Professores e ACS

A amostra foi composta por 11 mulheres e 2 homens cuja maioria possui faixa etária acima dos 35 anos, com média de idade de 38,8±8,8 para as mulheres e 46,5±24,7 para os homens. Ainda, 100% dos participantes possuem ensino superior

completo, e 69,2% se declararam casado (a), com filhos (76,9%) e trabalham há mais de 5 anos em seus respectivos locais de trabalho (61,5%; média – 10,6 anos \pm 7,7) (Tabela 15).

Tabela 15 – Características sociodemográficas e profissionais de professores e ACS (n= 13, Rio Claro, 2016)

	n	%
Sexo		
Feminino	11	83,6
Masculino	2	15,3
Idade		
< 35 anos	3	23,1
> 35 anos	10	76,9
Profissão		
Professor	7	53,8
ACS	6	46,1
Nível de escolaridade		
Médio completo	0	0
Superior completo/incompleto	13	100
Estado civil		
Solteiro (a)	3	23,1
Casado (a)	9	69,2
Viúvo (a)	0	0
Divorciado (a)	1	7,6
Tem filhos		
Sim	10	76,9
Não	3	23,1
Tempo de trabalho na USF/escola		
< 5 anos	5	38,4
> 5 anos	8	61,5

n= amostra; %= porcentagem; p<0,05.

Para os professores e ACS, o questionário de avaliação em relação à intervenção continha perguntas abertas e fechadas. Na tabela 16, é possível observar que nos momentos pré e pós, ainda que numa margem pequena, a maior parte não pratica AF (53,8%), em contrapartida, é unânime a preocupação com a alimentação (100%).

Ao serem questionados sobre conhecimento do PSE, no momento pré e pós, 92,3% e 53,8%, respectivamente alegaram não conhecer sobre o programa, entretanto há uma diminuição desse percentual. Ainda, 69,2% de professores e ACS disseram não ter havido nenhuma intervenção em parceria com outras secretarias, o que se repetiu para o momento pós (61,5%). Vale ressaltar que para os que responderam ter tido intervenções com outras secretarias, a maioria não especificou qual foi a secretaria, mas houve menção de Esportes, Cultura e Serviço Social.

Tabela 16 – Avaliação de professores e ACS em relação a intervenção nos momentos pré e pós: questões fechadas (n= 13, Rio Claro, 2016) (Qui-quadrado com intenção de tratar)

	n (%)	Pré	Pós	p
Pratica AF				
Sim		6 (46,1)	6 (46,1)	1,000
Não		7 (53,8)	7 (53,8)	
Se preocupa com alimentação				
Sim		13 (100)	13 (100)	a
Não		0 (0,0)	0 (0,0)	
Conhece o PSE?				
Sim		1 (7,6)	6 (46,1)	0,073
Não		12 (92,3)	7 (53,8)	
No seu local de trabalho já houve intervenção em parceria com outras secretarias?				
Sim		4 (30,7)	5 (38,4)	1,000
Não		9 (69,2)	8 (61,5)	

n= amostra; AF= atividade física; PSE= programa saúde na escola; %= porcentagem; a= constante; p<0,05.

Para as questões abertas, seis estavam presentes no questionário pré-intervenção, e para o pós, foi adicionado duas questões, totalizando em oito. Todas foram focadas na intervenção e seu processo como um todo, principalmente no aspecto de comunicação entre as secretarias de Educação e Saúde. É possível observar na tabela 17 que dentre os aspectos importantes na parceria entre escola e USF, destacam-se o conhecimento adquirido tanto por parte do pais tanto para crianças que posteriormente se convertem em mudanças de hábitos. O conhecimento também está presente nas vantagens vistas pelos ACS e professores em relação a intervenção á nível profissional/pessoal e administrativo. Mas apesar dos pontos positivos da intervenção, quando questionados sobre o envolvimento na mesma, as respostas não foram tão otimistas, uma vez que grande parte relatou a dificuldade da comunicação entre as secretarias, a falta de adesão por parte das mesmas e das famílias.

Ainda, no momento pós a respeito da dificuldade da parceria relatada anteriormente, não foi unânime, mas fez-se presente em parte dos participantes. Já em relação a estratégia adotada, uma boa parte relatou ter sido efetiva, entretanto, ao justificarem, observou-se empecilhos e/ou dificuldades do processo, como pouca adesão, menor envolvimento por todas as partes, mas também, houve aqueles que perceberam um grande interesse e até mesmo mudanças daqueles que estavam participando de forma assídua durante a intervenção.

Tabela 17 – Avaliação de professores e ACS em relação a intervenção nos momentos pré e pós: questões abertas (n= 13, Rio Claro, 2016) (Análise de conteúdo)

	Pré	Pós
Qual a importância da parceria entre escola e USF para promoção de saúde infantil?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mais conhecimento para pais e filhos ✓ Crianças com mais conhecimento a respeito de hábitos saudáveis ✓ Conscientização dos pais ✓ Desenvolvimento de práticas conscientes sobre saúde ✓ Educação em saúde ✓ Qualidade de vida da criança ✓ Mudanças de atitudes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mais conhecimento para pais e filhos ✓ Crianças com mais conhecimento a respeito de hábitos saudáveis ✓ Melhorar saúde da criança ✓ Promoção de ações preventivas
Quais as vantagens/desvantagens da parceria – nível administrativo?	<p>VANTAGENS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inteirar mais do assunto de AF e alimentação saudável ✓ Conhecimento e disseminação do mesmo ✓ Promoção de palestras e informação por profissionais capacitados ✓ Vínculo escola x unidade de saúde ✓ Conscientização das pessoas ligadas a saúde ✓ Incentivo e economia de gastos ✓ Mudanças de comportamento ✓ Promoção de saúde nos municípios <p>DESVANTAGENS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Horário de atendimento 	<p>VANTAGENS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprendizagem ✓ Conhecimento ✓ Melhorar padrão de saúde e promover saúde ✓ Riqueza de dados para ambos os lados ✓ Estreitar as relações entre as secretarias <p>DESVANTAGENS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acúmulo de funções ✓ Falta de recursos humanos ✓ Organização da rotina
Quais as vantagens/desvantagens da parceria – nível pessoal/profissional?	<p>VANTAGENS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Benefícios da AF e alimentação saudável ✓ Conhecimento de assuntos desconhecidos ✓ Avanço nos resultados ✓ Direcionar e complementar conteúdos ✓ Mudanças de comportamento ✓ Não participa da elaboração do processo <p>DESVANTAGENS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Não poder participar sempre 	<p>VANTAGENS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Crescimento ✓ Conhecimento ✓ Qualidade de vida ✓ Refazer agenda para encaixe de outro projeto ✓ Melhorar ações de educação em saúde ✓ Experiência <p>DESVANTAGENS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Socialização do programa ✓ Organização da rotina

Sugestão para melhorar a intervenção	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoção de palestras e informação por profissionais capacitados ✓ Divulgação e implantação na cidade ✓ Sempre ser o mesmo ACS para melhor acompanhamento ✓ Atividades lúdicas e vídeos ✓ Desacreditada no sistema 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Maior interação com os pais por meio de palestras e reuniões ✓ Mais incentivo nas práticas de AF diária ✓ Acompanhamento do crescimento dos alunos ✓ Utilização de vídeos educativos e materiais impressos ✓ Atuar diretamente nos postos de saúde e ONG's
Haverá grande envolvimento dos ACS e professores na execução da intervenção?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificuldade em responder pois cada um tem uma visão ✓ Pouca adesão ✓ Envolvimento natural ✓ Maior envolvimento e capacitação ✓ Tempo indeterminado para adesão ✓ Limitação na participação 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entendimento do projeto, terá maior adesão ✓ Melhorar conscientização da equipe sobre sua importância ✓ Se o trabalho for desenvolvido com profissionalismo ✓ Sobrecarregados com atividades
Nota de 0 a 10 – intervenção irá atingir o objetivo proposto	Para as notas, grande parte não foi capaz de opinar, uma vez que argumentaram ser muito subjetivo. As notas (total de 5 pessoas) flutuaram entre 4 e 8.	
*Houve dificuldades na parceria? Por quê?	-	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sim. Falta de contato ✓ Não. Ambos os lados demonstraram interesse
*A estratégia adotada foi efetiva?	-	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sim, mas a conscientização dos pais é o mais importante ✓ Sim, mas poderia ter mais adesão dos pais ✓ Não, houve pouco envolvimento da comunidade ✓ Sim. Houve maior conscientização das mães/responsáveis ✓ Sim. Crianças demonstraram interesse ✓ Caminho certo para mudança ✓ Não. Precisaria envolver toda a escola ✓ Não. Não houve grande envolvimento e merecia maior divulgação, pois deve ser um programa adotado e não apenas uma breve pesquisa

USF= Unidade de Saúde da Família; AF= atividade física; ACS= agente comunitário de saúde; ONG= organização não governamental.

* Perguntas somente no questionário pós-intervenção.

7 DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi verificar a mudança de comportamento das crianças nas esferas de AF e alimentação saudável, assim como a de seus pais. Ainda, verificar se os pais exercem papel fundamental nessa mudança e se o trabalho com apoio da secretaria da Educação e Saúde obtiveram êxito.

Pudemos observar a partir da análise dos resultados que os dados quantitativos não demonstraram diferenças significativas em relação a mudança de comportamento, entretanto, os dados qualitativos demonstraram mudanças sutis como diminuição de sal, açúcar e gordura, aumento da ingestão de alimentos saudáveis como legumes, verduras e frutas, e ainda houve uma manutenção da prática de AF e até mesmo o início da mesma.

Ainda foi possível observar que à partir dessas mudanças houve uma melhora da saúde física, mental e social, além da aproximação de pais e filhos. Nesse sentido, os pais puderam perceber o papel fundamental que exercem sobre hábitos adquiridos de seus respectivos filhos, o que lhes proporcionou melhor e maior conscientização sobre os aspectos de alimentação saudável e prática de AF.

Entretanto, não houve maiores mudanças por conta da parceria entre Educação e Saúde, devido as dificuldades encontradas durante o processo em sua comunicação e execução, isso foi ressaltado pelos próprios ACS e professores que participaram da intervenção. Ainda assim, o pouco envolvimento nos permitiu subentender que são polos importantes e indispensáveis no processo, pois estão envolvidos com a comunidade e são instrumentos para que educação em saúde seja colocada em prática nos lares e escolas do local, proporcionando assim, à longo prazo, envolvimento efetivo de toda a comunidade.

7.1 Crianças

Sobrepeso e obesidade infantil vem se tornando uma causa alarmante nos dias atuais, e é fato que realizar intervenções para diminuir esses níveis devem ser idealizadas e concretizadas. Apesar dos dados deste trabalho não terem demonstrado níveis de sobrepeso/obesidade em crianças entre 6 e 10 anos com IMC variando entre $0,63 \pm 1,14$ e $0,71 \pm 1,23$, classificando-os como eutróficos/normais, é importante acompanhar seu crescimento e desenvolvimento, além da inserção de hábitos

saudáveis em relação a AF e alimentação nessa fase, já que crianças tendem a se tornarem adultos obesos (DA SILVA et al, 2014), corroborando os dados encontrados em revisão realizada por Lobelo e colaboradores (2013) em que a maioria das intervenções teve uma amostra de crianças normais e o trabalho centrado na prevenção ao invés do tratamento obteve maior êxito.

Ainda, apesar dessa faixa etária (6 a 10 anos) ser considerada o período em que há formação e absorção de conteúdos inseridos na vida da criança, de acordo com Budd e Volpe (2006) crianças com idades mais avançadas respondem melhor às intervenções e são mais beneficiadas em relação aos conteúdos abordados, podendo justificar a pouca variação encontrada neste estudo relacionadas as características antropométricas das mesmas. Entretanto Brown e Summerbell (2009) afirmam que crianças de faixas etárias mais novas respondem melhor às intervenções quando do sexo feminino, o que para este estudo não foi encontrado uma vez que não houve separação por sexo.

Ao se tratar do NAF das crianças, observou-se que as diretrizes da OMS (2011) de 60 minutos de atividades moderadas/vigorosas por dia foram atingidas, refutando os dados encontrados por Cabrera e colaboradores (2014) em que observaram que mais da metade dos participantes entre 6 a 17 anos apresentaram baixo NAF, sendo que houve predominância do sexo feminino. Ainda, em outro estudo realizado com crianças de 6 a 10 anos de idade da cidade de Açores – Portugal verificou-se que o NAF das mesmas foram caracterizados por terem baixa intensidade, não atingindo as recomendações de atividades moderadas/vigorosas (LOPES et al, 2003).

Os dados encontrados pelo presente estudo pode estar associado aos valores de IMC cuja classificação foi eutrófico/normal, ou seja, crianças com baixo IMC tendem a ser fisicamente mais ativas quando comparadas aos que possuem alto índice de IMC. Tal associação Mascarenhas e colaboradores (2005) também encontraram em estudo realizado com crianças de Curitiba entre 9 e 12 anos.

Entretanto, apesar de não apresentarem níveis de sobrepeso/obesidade e de inatividade física, o tempo despendido em CS depois da escola aumentou conforme as coletas foram sendo realizadas, apontando um potencial declínio do NAF desse público. Isso pode ter acontecido devido ao nível socioeconômico e ao local em que eles vivem, uma vez que os bairros são afastados do centro e se tornam mais perigosos, o que deixa os pais apreensivos não permitindo que seus filhos saiam de casa. Ainda, não possuem espaços públicos em condições boas para prática de AF,

dificultando o acesso dessas famílias a outros locais por serem mais distantes. Um outro ponto pode ter sido a época em que a pesquisa ocorreu, pois foi um período de chuva e isso não permitiu a saída dos mesmos. E por fim, o não incentivo dos pais à prática de AF por terem outras atividades e assim os filhos ficam em tempo de tela e videogame, aumentando assim o tempo de CS.

De acordo com a OMS (2002), o sedentarismo compromete em torno de 60 a 70% da população mundial e se tornou o principal inimigo da saúde pública pois está associado a mais de 2 milhões de mortes por ano, sendo que cerca de 75% ocorre nas Américas. No Brasil, pesquisadores têm verificado altas prevalências de CS no público infanto-juvenil (GUERRA et al, 2016). Como visto por Duncan e colaboradores (2011), em que realizaram estudo com crianças e adolescentes entre 7 e 18 anos do estado de São Paulo, onde puderam verificar que 3 fatores estão associados à obesidade, desses, dois estão relacionados ao TCS, que são o modo de transporte até a escola e o tempo de utilização do computador, corroborando os dados de outros pesquisadores, que encontraram forte associação entre o tempo de TV e tempo de computador com os níveis de obesidade de escolares entre 7 e 10 anos (RIBEIRO et al, 2003; SILVA et al, 2007; SILVA et al, 2007).

Fica claro que junto com a modernização e o avanço tecnológico houve o aumento do CS. Mas tal comportamento não está apenas presente em crianças cujo nível socioeconômico é alto. Gonçalves e colaboradores (2000) observaram que meninos de baixo nível socioeconômico participavam menos em atividades físicas do que meninos com alto nível socioeconômico. Isso é consequência de uma rápida transição da área rural para urbana que deteriora as condições de segurança nas cidades, sobretudo nas periferias, que acaba não permitindo que crianças brinquem nas ruas como era visto antigamente (MATSUDO et al, 2007).

Portanto, pensar em programas de intervenção elaborados e estruturados para estimular os pais/responsáveis a incentivarem seus filhos a praticarem mais AF e diminuir o tempo de CS, é de extrema relevância para que haja redução e/ou manutenção do peso corporal de crianças e adolescentes. Silva e colaboradores (2007) corroboram com tal pensamento e diz ser necessário o incentivo ao deslocamento ativo, a redução do tempo despendido em frente à TV e computador, bem como o aumento na participação em atividades esportivas e recreativas com intensidade moderadas a vigorosas.

Em relação a classificação de saúde das crianças segundo os pais, elas mantiveram os mesmos percentuais para as 3 coletas, não demonstrando diferenças ou mudanças de comportamento. Fica claro na literatura que os pais exercem grande influência na vida de seus filhos e quando relacionado a AF e alimentação, isso se torna mais evidente. Moore e colaboradores (1991) já mostravam resultados voltados a essa relação, em que filhos com pais ativos eram 5,8 vezes mais ativos do que os filhos de pais inativos, assim como Lemos e coautores (2010) que apesar de não terem encontrado associação entre a prática de AF dos pais com o NAF dos filhos, puderam observar que o NAF dos pais influenciou o NAF dos filhos, demonstrando a importância do âmbito familiar. Dessa forma, é possível que durante o processo de intervenção de BA, os pais/responsáveis tenham compreendido parte dos benefícios da AF e de uma alimentação saudável, mas o questionário não conseguiu demonstrar diferenças.

7.2 Pais/responsáveis

Os participantes do âmbito familiar do presente estudo foram predominantemente composto por mães, o que corrobora com o que é observado no dia-a-dia, onde mães sempre são mais presentes em reuniões escolares, encontros e atividades escolares, até mesmo no âmbito familiar se fazem mais presentes. De acordo com Carvalho (2004) a presença de um pai é sempre surpreendente, já que a maioria tende sempre a se reportar a mãe quando a temática está relacionada ao filho.

Ainda, ao se tratar da sociedade em que vivemos, o modelo de família tradicional é visto como o pai trabalhando e a mãe com “tempo livre”, disponível para realizar todas as atividades domésticas e dos filhos. Entretanto, ao se tratar de famílias de classe média baixa, a realidade muda, já que ambos necessitam trabalhar para garantirem o sustento de sua família. Tais resultados foram similares com estudo de Souza (2012) em que houve maior participação de mães do que de pais. Nesse mesmo estudo, as mães tinham idade acima de 30 anos, com prevalência entre 41 e 50 anos, ensino médio completo e maioria não fumante, corroborando com dados encontrados pelo presente estudo.

Ainda, mais de 85% dos pais/responsáveis deste estudo possuem fator intrínseco de hereditariedade para doenças, o que predispõe o indivíduo e seus filhos ao maior risco de doenças como problemas cardiovasculares, diabetes, entre outros

(PANSANI et al, 2005; SBC, 2007) e ainda 50% apontou ter algum problema médico, dentre os mais frequentes está a hipertensão, diabetes e depressão. Importante salientar que hábitos de vida como AF podem atenuar seus malefícios (MAIA et al, 2007), uma vez que sua prática regular tem sido recomendada para prevenção e reabilitação de doenças, além de ser uma estratégia importante na promoção de saúde (IFSMP, 1990).

Em relação a classificação do estado de saúde as três coletas obtiveram maiores percentuais na opção “excelente, muito boa ou boa”, ultrapassando os 50%, assim como foi visto por Souza (2012). Ainda, é possível observar que houve uma diminuição no percentual na última coleta na opção “ruim, muito ruim, não respondeu” para 28,57%, demonstrando que pode ter havido uma conscientização em relação aos hábitos que possuem e sua classificação de saúde.

No NAF dos pais/responsáveis, em relação ao domínio lazer, apenas na coleta 1 eles atingiram as recomendações de AF de 150 minutos por semana, e nas demais, não chegam a atingir os 140 minutos, corroborando os estudos de demais pesquisadores em que encontraram altas prevalências de inatividade física, com variação entre 65% e 97% (BURTON & TURRELL, 2000; MONTEIRO et al, 2003; BARROS & NAHAS, 2001). Ainda, Dias-da-Costa e colaboradores (2005) em estudo realizado com mais de 1900 adultos entre 20 e 69 anos idade, verificaram alta prevalência de CS no tempo de lazer.

Nos demais domínios – trabalho, transporte e doméstico é possível observar que as médias foram elevadas, os classificando como fisicamente ativos. Tais dados refutam alguns achados na literatura, em que quando avaliadas todas as esferas de AF cerca e 45% dos adultos brasileiros não atingem as recomendações (HALLAL et al, 2003; MATSUDO et al, 2002).

No entanto, ao se tratar do TCS tanto durante a semana, quanto aos finais de semana e ainda o TCS despendido para cada domínio, as médias foram altas, principalmente do questionário IPAq durante a semana, corroborando as médias do questionário específico para CS de Mielke, em que o tempo de TV atingiu as maiores médias dentre os domínios (C1= 159,28±116,91; C2= 150,71±112,48; C3= 142,41±114,63).

Alguns autores afirmam que estar sentado por longos períodos está intimamente associado à fatores de risco metabólicos, independente da prática de AF,

o que sugere que seus efeitos protetores podem não ter efeito devido ao elevado tempo despendido em CS (HAMILTON et al, 2007; EKELUND et al, 2006).

Na presente pesquisa pode-se verificar que a média da primeira coleta de TCS em dias normais de semana foi de 900 minutos, que para um dia equivale 180 minutos (3 horas), o que ultrapassa as recomendações de 1,5 METs (equivalente à 2 horas) de atividades sedentárias. Para as coletas 2 e 3 esse tempo despendido diminui mas ainda assim, ultrapassaram as recomendações, corroborando os dados de Marques (2012) em que a média de CS das mães foi de 213,85 minutos (3,56 horas). Tais números estão associados principalmente com as prevalências no tempo de TV, computador e socialização (PATE et al, 2011).

No caso da amostra a redução do TCS pode ter relação com entendimento e compreensão de seus malefícios à saúde e principalmente a transferência para o seus filhos, o que sugere alguns investigadores (LINDSAY et al, 2006; GUSTAFSON & RHODES, 2006; SALLIS et al, 2000). Entretanto, o TCS dos filhos aumentou entre as coletas e dos pais diminuíram, mas vale ressaltar que o número de crianças para o de pais foi diferente devido aos critérios de inclusão de estudo e ainda não houve uma diminuição significativa. Jago e colaboradores (2010) reforçando a relação entre CS e NAF dos pais e filhos, verificaram associações entre o TCS de mães e filhos, corroborando com Meizi et al (2010) e Bauer et al (2008).

É importante salientar que os hábitos de AF são estabelecidos nos primeiros anos de vida e o comportamento das crianças sofre influência principalmente pelos pais, ou seja, a adoção de um estilo de vida sedentário pode repercutir na vida das crianças e assim as tornarem obesas (BOUCHARD, 2000), que corrobora os dados deste estudo, em que um maior percentual de pais/responsáveis consideram obesidade uma doença. Ainda, é nítido que houve um aumento dos percentuais ao se tratar do questionamento sobre obesidade acompanhar a vida e sobre o cuidado ser maior com crianças “gordinhas”, em que para a última coleta houve uma resposta de 100% para a opção correta, nos levando a entender que houve uma compreensão do que é obesidade e o que ela pode acarretar, e mais adiante, sobre a importância da escola e da família que exercem sobre a criança.

De acordo com o IBGE (2006), a herança genética não é protagonista quando comparado aos hábitos alimentares e estilo de vida, ou seja, pais sedentários, dificilmente exigirão que os filhos façam exercícios físicos (COSTA et al, 2009). Corroborando, Sanchez (2007) relata que os pais/responsáveis terem conhecimento

dos riscos, malefícios do sobrepeso/obesidade é importante para que dessa forma seja tratado no âmbito familiar, diminuindo as chances de se tornarem obesos e ainda aumentarem as chances do filho de se tornar um ser ativo (OMS, 1998).

A escola também está intimamente relacionada aos hábitos da criança, sendo ela um local onde estratégias podem ser desenvolvidas e aplicadas, principalmente no aspecto nutricional (FERREIRA & MAGALHÃES, 2007). Portanto, informar a comunidade sobre tal assunto se torna necessário, já que a comunidade escolar é formada por um conjunto de pessoas, envolvendo os pais, diretores, coordenadores, alunos e demais funcionários (RIBEIRO et al, 2007).

Sobre o estado nutricional de pais e filhos, este estudo encontrou dados positivos tanto dos pais, quanto dos filhos. Entretanto é possível observar que apesar da ingestão de alimentos in natura, há um consumo moderado de alimentos processados e ultra processados, além da utilização em excesso de gorduras, sal e açúcar. Pesquisas realizadas sobre orçamento familiar e de vendas de alimentos em 79 países, indicam um aumento do consumo de alimentos ultra processados, sendo mais frequente em países com renda média, como o Brasil (CROVETTO & UAUY, 2012; MARTINS et al, 2013; MONTEIRO et al, 2013; MOUBARAC et al, 2014; LOUZADA et al, 2015). Isso está associado a modernização em que tais alimentos tornam-se cada vez mais acessíveis para todos os públicos (MONTEIRO et al, 2010). Logicamente que os malefícios são inúmeros para os adultos, mas ao se tratar de crianças, se torna mais agravante.

O estado nutricional dos filhos relatado pelos pais/responsáveis segue o mesmo raciocínio em que consomem esse tipo de alimento de forma moderada, argumentado por eles de que os lanches são mais práticos ou que a criança não gosta de comer alimentos mais saudáveis. Bielemann e colaboradores (2015) em estudo realizado com 4.202 participantes de uma coorte de nascimento da cidade de Pelotas – RS, encontraram que independente da classe social os níveis de consumo de alimentos ultra processados foram aumentados em todas elas.

Em relação ao comprar o que é visto na TV e pedido pelos filhos, os percentuais foram mais altos para a opção “não” e isso associa-se ao fato de que o público do presente estudo é de classe média baixa, e o acesso à essas informações está mais presente para o público de maior poder aquisitivo, até mesmo para o poder de compra dos mesmos (BIELEMANN et al, 2015; MONTEIRO et al, 2010). Entretanto, alguns autores têm demonstrado que crianças/adolescentes que apresentam menor renda

familiar e menor escolaridade materna, possuem maior prevalência de sobrepeso/obesidade (LIU et al, 2013; KOWALESKI-JONES et al, 2010). Corroborando os dados, Frederick e colaboradores (2014) observaram que os níveis de sobrepeso/obesidade vêm diminuindo para a população de maior nível socioeconômico, e aumentando para criança/adolescentes de menor poder aquisitivo, o que pode estar relacionado ao baixo NAF, por conta da falta de locais para prática de AF e também a uma má alimentação, pois alimentos saudáveis tendem a ter custos mais elevados em comparação com o *fast-food*, que são mais acessíveis e até mais próximos desse público, levando a necessidade de políticas públicas focadas na prevenção e promoção de saúde infanto-juvenil.

Apesar dos dados quantitativos não terem demonstrado diferenças significativas na mudança de comportamentos relacionados à AF e alimentação saudável, à partir da análise qualitativa pode-se observar alterações sutis nessas mesmas variáveis.

No quesito AF, pudemos observar que há mães que já praticam AF com seus filhos, aquelas que o fazem de vez em quando e outras que não realizam. No processo de discussão, ficou claro a partir da fala das mães que não praticam AF ou o fazem de vez em quando, que a rotina é o principal apontamento por sua inatividade física. Um outro ponto que as atrapalha em relação a prática de AF é a falta de espaços públicos disponíveis no seu bairro, que na verdade é um distrito. Afirmam que há apenas dois espaços públicos: um parquinho e uma praça, entretanto ambos não estão aptos para serem utilizados por estarem enferrujados. Devido a essa falta de espaço, constantemente se veem cansadas por terem que se deslocar até o centro da cidade para encontrarem locais para prática de AF.

Alguns pesquisadores afirmam sobre o quanto os espaços públicos de lazer contribuem para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (Silva et al., 2012; Araújo et al., 2009; Librett et al., 2007). Araújo e colaboradores (2009) acreditam que esses ambientes oferecem benefícios aos usuários, uma vez que são propícios à promoção de saúde e ainda favorecem as práticas sociais, manifestações da vida urbana e relacionamento entre as pessoas, corroborando os dados de Petroski e colaboradores (2009) que consideram tal espaço como uma possibilidade de atrativo para as famílias, resultando assim em maior integração entre a comunidade e o espaço.

Vale ressaltar que a indignação encontrada nas mães do presente estudo em relação a falta de ambientes públicos é algo a se considerar, pois esses ambientes são considerados locais adequados para à prática de AF e de lazer, o que potencializa as chances de adesão de um estilo de vida saudável e melhora da qualidade de vida (Fermino et al, 2012; Silva et al, 2009; Kaczynski e Henderson, 2008). Logicamente que a falta de tempo por conta da rotina, a ausência de espaços públicos são grandes empecilhos para a prática de AF, porém, não devem ser motivo de desculpa para não praticar AF, o que pode ser observado na fala de alguns filhos, em que argumentaram que a mãe não o quis fazer, mesmo com seu filho chamando.

Em relação a gasto energético e consumo calórico há as que acreditam comer mais do que gastam e as que gastam mais do que comem, assim como seus filhos. Apesar dessa diferença, todas acreditam que seus filhos são saudáveis, e é claro que queriam que eles comessem melhor, mas ainda assim acreditam estarem no caminho certo e num processo de mudança, assim como elas, já que têm a noção de que tais hábitos são mostrados pelos pais.

Ao que diz respeito a hábitos alimentares, todas relataram ter mudado algum hábito, desde a diminuir o sal à substituição de alimentos saudáveis por não saudáveis e isso acabou afetando as crianças de forma positiva. As mães alegam comer melhor para se sentirem melhores, e acaba que seus filhos têm que comer o que elas comem. Ainda, muitas afirmam que antes seus filhos não comiam nenhum tipo de legumes ou verduras, mas que agora de forma “camuflada” comem e até acham graça, como as panquecas coloridas feitas de cenoura, beterraba, espinafre. Ressaltam também a importância de comer na escola alimentos e refeições saudáveis além da ausência da cantina, o que não prejudica a criança em querer comer besteira o tempo inteiro. Ramos e Stein (2000) afirmam que a escola é um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de melhoria das condições de saúde e do estado nutricional das crianças. Em estudo realizado no Distrito Federal, numa tentativa de capacitação com educadores e donos de cantina de escola, puderam verificar a existência de barreiras e dificuldades para a implementação da cantina saudável, pois esse ambiente é local para venda de produtos ultra processados e não saudáveis (SCHIMTZ et al, 2008).

Com essas mudanças de comportamento a respeito de AF e alimentação saudável foi possível observar uma aproximação de mães e filhos onde elas passaram

uma parte de seu tempo programando as atividades que realizariam com seus filhos, ainda que não as cumprisse.

E como estratégia para manterem ou mudarem seus hábitos ficou claro que a conscientização é a chave para a mudança e a escola é um espaço transformador para isso, além do sistema como um todo. Ressalta-se ainda que os pais são fundamentais para a obtenção de hábitos saudáveis, uma vez que a mudança começa neles e depois é transmitido às crianças. Black e Hurley (2007) concluíram que os comportamentos alimentares na infância devem ter apoio da educação e profissionais da saúde, juntamente com os pais. Tal apontamento demonstra a importância da parceria entre Educação + Saúde + Família.

7.3 Professores e ACS

Os resultados deste estudo mostraram que mais da metade dos professores e ACS não são praticantes de AF (53,8%), e apesar de não os ter avaliado antropometricamente, foi possível observar de acordo com o olhar do pesquisador que metade dos profissionais estava com excesso de peso. No entanto, todos os participantes relataram se preocupar com a alimentação, mas diziam não conseguir comer “bem” no dia-a-dia por conta da rotina corrida da escola e USF, assim não atingindo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2006).

Algumas características sociodemográficas deste estudo como sexo, faixa etária, estado civil e o fato de ter filhos, foram similares aos resultados obtidos em outras pesquisas relacionados aos ACS (FERRAZ & AERTS, 2005; LINO et al, 2012; MASCARENHAS et al, 2012 e DISSEN et al, 2013). Em estudo realizado por Ferraz e Aerts (2005) na cidade de Porto Alegre, 114 ACS participaram da pesquisa e diante dos resultados puderam constatar que a maioria dos profissionais eram mulheres (88,6%) com faixa etária predominante entre os 40 e 49 anos (37,7%), casadas (66,7%) e com filhos (86,9%). Corroborando tais dados, Mascarenhas e colaboradores (2013) também observaram que dos 316 ACS de Jequié – BA, 84,5% eram do sexo feminino, a média de idade foi de 39,02±9,19 anos e houve predominância de indivíduos em união estável (69%). O fato de ter mais mulheres trabalhando como ACS pode estar intimamente associado ao papel de cuidador que a mulher desempenha na sociedade (ELLIS et al, 1998).

No que se refere ao nível de escolaridade, o estudo apontou que todos possuem ensino superior completo, discordando com dados encontrados por Lino e colaboradores (2012) em que a maioria dos ACS possuíam o ensino médio completo e apenas 8,08% estavam cursando o ensino superior ou já tinham completado, assim como no estudo de Mascarenhas e colaboradores (2013) em que 79,1% apresentavam nível completo/incompleto.

No que tange aos professores, Brito e colaboradores (2012) encontraram dados similares ao deste estudo, como faixa etária média de 40 anos de idade e prevalência de professoras mulheres da rede pública estadual de ensino de São Paulo, corroborando os dados de Junior e colaboradores (2017) em que realizaram a pesquisa na cidade de Viçosa – MG e puderam observar nas características demográficas que entre 200 professores, 175 eram mulheres, cuja média de idade era de 43,6 anos de idade.

Quanto à prática de AF, mais da metade dos professores e ACS relataram não serem praticantes (53,8%), o mesmo encontrado em estudos realizados por Brito e colaboradores (2012) e Santos (2014), em que avaliaram o NAF de professores e ACS, respectivamente, por meio de questionário específico, o que não ocorreu com o presente estudo. Ainda assim, é possível afirmar que a maioria não atinge as recomendações de 150 minutos de AF por semana, incluso os não-praticantes e praticantes, uma vez que não há assiduidade por parte deles em suas respectivas práticas devido a sua rotina de trabalho. O baixo nível de AF de professores e ACS pode estar associado a faixa etária, já que a redução do NAF ao longo da vida associa-se ao desenvolvimento de DCNT, redução da capacidade funcional e qualidade de vida (BOCALINI et al, 2009; BROWN et al, 2003) e os participantes do presente estudo teve predominância de idade acima de 35 anos.

Apesar do baixo NAF todos afirmaram se preocupar com a alimentação, mas justificaram a falta de uma dieta balanceada e saudável devido a rotina do dia-a-dia ser corrida mas não pesada, como visto por Trindade e colaboradores (2007) em que ACS não classificaram seu trabalho com pesado, relacionados a carregar pesos ou atividades pesadas. Vale ressaltar que a pergunta especificava a preocupação e não como era a dieta de si de cada participante.

Estudos realizados com ACS tem relatado que a prática de AF pode contribuir na reversão dos efeitos nocivos que são adquiridos por conta da carga de trabalho e como autocuidado para amenizar os problemas causados pelo estresse e desgastes

psíquicos que podem causar problemas futuros (TRINDADE et al, 2007; DISSEN et al, 2013), assim como para professores, o que garante maior adesão e incentivo à sua prática (BRITO et al, 2012).

Ao serem questionados sobre o conhecimento do PSE, tanto no momento pré quanto no momento pós, a opção “não” teve valores maiores em relação ao “sim”, entretanto houve uma redução de 92,3% para 53,8%. Isso pode ter acontecido por conta da intervenção que o presente estudo se propôs a realizar os levando a querer compreender mais e melhor sobre o programa. De acordo com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, o PSE está presente em 90% dos municípios do país, enquanto no estado de São Paulo, 439 de 645 cidades estão inscritas, o que equivale mais da metade.

Diante dos dados é possível que o município da presente pesquisa se encontre nas cidades não inscritas no programa, por isso a falta de conhecimento sobre o programa. Ainda, baseado no PSE e sobre o trabalho interdisciplinar de Saúde e Educação, 69,2% e 61,5% dos professores e ACS informaram não ter tido intervenções em parceria entre as secretarias e outras demais. Oliveira (2009) relata a dificuldade de formar profissionais que trabalhem em conjunto para educação em saúde, o que vai de encontro com achados de Penso e colaboradores (2013) onde relataram o desconforto e distanciamento de profissionais de saúde e educação no trabalho conjunto dentro do PSE, ainda a falta de incorporação em realizar ações de educação para saúde infanto-juvenil. No entanto, quando observado a aproximação de ambos, pode-se concluir que há transformação de informações em comportamentos saudáveis, beneficiando crianças e adolescentes em todos os aspectos que abrangem a saúde (SANTIAGO et al, 2012).

Quanto à investigação qualitativa da avaliação de professores e ACS em relação a intervenção do presente estudo, pode-se considerar que há compreensão sobre a importância de intervenções com parcerias entre escolas e USF, promovendo assim maior conscientização em torno de bons hábitos e mudanças de comportamento de pais e crianças, benefícios esses apontados também por Santiago e colaboradores (2012). Apesar de observar mais vantagens do que desvantagens no relato dos participantes sobre a parceria das escolas e USF, diversos foram os apontamentos negativos referentes ao envolvimento dos mesmos na execução da intervenção. Como relatado pelos participantes, a pouca adesão, limitação em sempre estar participando, o não entendimento de sua função e do contexto como um todo, a

falta de interesse que está presente de forma intrínseca, além do trabalho sobrecarregado são apontamentos latentes, como bem visto por Junior (2014), que ainda destaca a falta de articulação e integrada entre gestores, a burocratização de serviços, o desperdício de tempo de recursos financeiros e humanos e a duplicidade de ações.

Tais argumentos podem ser associados as dificuldades encontradas na parceria no relato pós-intervenção, em que uma parte argumentou não ter tido muito contato por falta de tempo, em contrapartida, houve interesse por ambas as partes, mas não suficiente para que a intervenção obtivesse tamanho sucesso. Isso se deve ao fato de que há necessidade de valorização e formação de trabalhadores de saúde e educação, além de investimento em infraestrutura, melhoria do acesso aos serviços disponibilizados e assistência à saúde, para que assim, a intersectorialidade passe a funcionar, assim, atingindo ao objetivo de promover saúde na escola (JUNIOR, 2014).

Ainda, a estratégia abordada durante a intervenção, na visão de professores e ACS parece não ter sido efetiva, devido ao pouco envolvimento da comunidade. Há uma discussão acerca de qual estratégia se utilizar para melhorar hábitos de crianças e adolescentes, já que há escassez de referencial teórico sobre modelos teóricos em intervenções conduzidas no ambiente escolar (BARANOWSKI et al, 2002; COLE et al, 2006). Guerra e colaboradores (2015) à partir de revisão sistemática também puderam observar os mesmos achados, já que encontraram somente 2 estudos que investigaram modelos teóricos, apontando a necessidade de adequação de acordo com o público que se trabalha, como sexo e faixa etária.

Entretanto, o presente estudo pode não ter demonstrado efetividade diante da visão dos participantes devido ao seu tempo de intervenção de 6 meses, uma vez que a variável “tempo” são importantes para promoção de alterações positivas relacionadas à prática de AF e consumo de alimentos mais saudáveis. Prochaska e DiClemente (1992) afirmam que para haver mudanças de comportamento é necessário que as intervenções tenham no mínimo duração de 6 meses, tempo esse aderido pelo presente estudo, ou seja, as mudanças passam a ocorrer depois desse período, e por isso o apontamento de falta de sucesso da estratégia adotada. Assim, evidenciando que intervenções conduzidas no ambiente escolar tenham períodos superiores a 6 meses, para que assim haja mudanças e consolidação de hábitos saudáveis (GUERRA et al, 2015).

Vale ressaltar que os pontos de vista de professores e ACS são extremamente relevantes para identificação do sucesso ou não da parceria entre as secretarias, porém ao retratarem a falta de adesão, interesse e conscientização de pais/responsáveis, é necessário considerar que os mesmos não se envolveram durante o processo como deveriam, alegando falta de tempo, difícil acesso no período (noturno) em que a intervenção acontecia e até mesmo falta de interesse. Dessa forma há dificuldade em concluir realmente a efetividade da estratégia adotada por meio daqueles que deveriam realizar a intervenção. Tal dificuldade foi observada por Gomes (2012) que concluiu que a falta de participação e adesão por parte dos ACS e professores acaba gerando dificuldades na articulação intersetorial, o que está associado aos aspectos estruturais, institucionais e conceituais – que se referem à equipes verticalizadas para ações pontuais; ausência de sistemas de informação e financiamento; e a formação profissional, vivências, cultura, valores dos atores envolvidos, interesses próprios, concepção de intersetorialidade vinculada à concepção de saúde, respectivamente.

Apesar de não ter tido uma participação assídua por parte de ACS e principalmente por parte dos professores e a falta de comunicação entre ambas, os momentos de sua participação foram importantes e efetivas, demonstrando um potencial perfil para promover saúde na infância. Uma saída para que haja maior envolvimento e melhor comunicação entre ambos é ter reuniões conjuntas para discutir as dificuldades encontradas, melhorias realizadas e soluções para os problemas encontrados, assim, os tópicos em comum são mais facilmente alcançados e dessa forma eles conseguem compreender por si só o sucesso da parceria. Ainda é necessário que haja um mediador para facilitar a ponte e fortalecer o elo.

Importante salientar que houveram dificuldades durante o processo. O público infantil sofre influências por diversos meios, com destaque para a família e escola, e justamente pelo fato de ser “dependente” dos mesmos, a pesquisa não demonstrou grandes resultados, uma vez que o envolvimento não foi efetivo, não se estendendo à comunidade. Mas as famílias participantes conseguiram compreender a importância do processo e da relevância que um hábito exerce sobre a vida da criança e que se estende à população.

Ainda para que haja maior envolvimento e se torne efetivo, pensar em estratégias que sejam práticas e exemplos reais se tornam importantes e indispensáveis, para que assim eles consigam visualizar melhor os benefícios da

alimentação saudável e prática de AF. Em acréscimo, o BA deve ser realizado diariamente em toda a comunidade, assim a informação e consciência se torna uma cultura, perpetuando por décadas e promovendo melhor qualidade de vida da infância à vida adulta.

8 CONCLUSÃO

Para o presente estudo não houve alterações nos estágios de mudanças de comportamento de pais e crianças nas esferas de AF e alimentação saudável. Mas a partir dos dados qualitativos é possível observar o papel fundamental que a família e a escola exercem sobre as crianças, e uma tendência de mudança de hábitos, uma vez que em que os pais afirmam terem mudado alguns hábitos como praticar AF e principalmente na esfera de alimentação, em que todos passaram a se alimentar de forma mais saudável, substituindo alimentos e se preocupando com a qualidade deles, o que foi transmitido aos seus filhos.

Dessa forma, há indícios de que o BA à família sobre a criança, com apoio de escolas públicas e USF, parecem ser efetivas. Entretanto há necessidade de futuros estudos sobre a dificuldade da parceria entre Educação e Saúde no município do interior paulista, e ainda tais intervenções em outras áreas censitárias, já que o contexto é diferente, assim como a comunidade, levando a indispensabilidade de adotar outros métodos para atender ao público.

9 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ADAMI, F., et al. Estudo de validade do questionário “Lista de Atividades Físicas” em crianças. **Revista Saúde Pública**. v. 47, n. 3, p. 488-96, 2013.

ADAMI, F.; VASCONCELOS, F. A. G. Obesidade e maturação sexual precoce em escolares de Florianópolis – SC. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 11, n.4, 2008.

ADAMS, J.; WHITE, M. Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review. **British Journal of Sports Medicine**. v. 37, p. 106-114, 2003.

ALMEIDA, S. S.; NASCIMENTO, P. C. B. D.; QUAIOTI, T. C. B. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Revista Saúde Pública**. v. 36, n. 3, p. 353-355, 2002.

ANOKYE, N. K.; LORD, J.; FOX-RUSHBY, J. Is brief advice in primary care a cost-effective way to promote physical activity? **Br J Sports Med**. v. 48, p. 202-206, 2014.

ARAÚJO, C. D.; CÂNDIDO, D. R. C.; LEITE, M. F. L. Espaços públicos de lazer: um olhar sobre a acessibilidade para portadores de necessidades especiais. **Licere**. v. 12, p. 171-188, 2009.

BARANOWSKI, T., et al. School-based obesity prevention: A blueprint for taming the epidemic. **Am J Health Behav**. v. 26, n. 6, p. 486-493, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70ª edição. Lisboa, 1977.

BARROS, M. V.; NAHAS, M. V. Health risk behaviours, health status selfassessment and stress perception among industrial workers. **Rev saude Publica**. v. 35, n. 6, p. 554-563, 2001.

BARROS, M. V. G.. et al. Effectiveness of a school-based intervention on physical activity for high school students in Brazil: The Saúde na Boa Project. **J Phys Act Health**. v. 6, p. 163-9, 2009.

BASSICHETTO, K. C.; REA, M. F. Aconselhamento em alimentação infantil: um estudo de intervenção. **J. Pediatr. (Rio J.) [online]**. v. 84, n. 1, p. 75-82, 2008.

BASSICHETTO, K. C.; REA, M. F.; DONATO, A. F. Atualização profissional em aconselhamento em alimentação infantil: uma experiência de avaliação. **Bol. Inst. Saúde (Impr.) [online]**. n.48, p. 41-45, 2009.

BAUER, K. W., et al. Parental influences on adolescents' physical activity and sedentary behavior: longitudinal findings from Project EAT-II. **Int J Behav Nutr Phys Act.** v. 7, p. 1–7, 2008.

BECKE, L.; GONÇALVES, P.; REIS, R. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.** v. 21, n. 2, p. 110, 2016.

BIELEMANN, R. M., et al. Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens. **Rev. Saúde Pública [online]**. v.49, n. 28, 2015.

BIRTCH, L. L.; VENTURA, A. K. Preventing childhood obesity: what works? **International Journal of Obesity.** v. 33, n. 1, p. 74-81, 2009.

BLACK, M. M.; HURLEY, K. M. Ajudando as crianças a desenvolver hábitos saudáveis de alimentação. Em: TREMBLAY, R. E.; BOIVIN, M.; PETERS, R. D. E. V., eds. FAITH, M. S., ed. tema. **Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]**. Disponível em <<http://www.encyclopedia-crianca.com/nutricao-infantil/segundo-especialistas/ajudando-criancas-desenvolver-habitos-saudaveis-de>>. 2007.

BOYD, D.; BEE, H. **A criança em crescimento**. Porto Alegre: Artmed. 2011.

BOCALINI, D. S., et al. Strength training preserves the bone mineral density of postmenopausal women without hormone replacement therapy. **J Aging Health.** v. 21, n. 3, p. 519-527, 2009.

BOUCHARD, C. Physical activity and obesity. **Human Kinetics**, 2000.

BRACCO, M. M. et al. Atividade física na infância e adolescência: impacto na saúde pública. **Rev. Ciências Médicas.** v. 12, n. 1, p. 89-97, 2003.

BRASIL. Ministério da saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para a população brasileira – promovendo alimentação saudável.** 2006.

_____. Decreto n. 6.286. de 05 de dezembro de 2007. **Dispõe sobre o Programa Saúde na Escola – PSE**. Brasília. 2007.

_____. Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**: Ministério da Educação. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde na escola**: Ministério da Educação. Brasília. 2009.

_____. Ministério da saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Programas e Projetos da Saúde da Criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** v. 2. n. 2. p. 193–196. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria dos direitos humanos**. 2015.

_____. Pesquisa Nacional de Saúde. **Percepção do estado de saúde. estilo de vida e doenças crônicas: Brasil. grandes regiões e unidades da federação**. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a população brasileira**. 2 ed. 2014.

BRITO, W. F., et al. Nível de atividade física em professores da rede estadual de ensino. **Rev. Saúde Pública [online]**. v. 46, n. 1, p. 104-109, 2012.

BROWN, D. W., et al. Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. **Prev Med**. v. 37 n. 5, p. 520-528, 2003.

BROWN, T.; SUMMERBELL, C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. **Obes Rev**. v. 10, p. 110-141, 2009.

BROWNELL, K. D.; KAYE, F. S. A school-based behavior modification, nutrition education, and physical activity program for obese children. **Am J Clin Nutr**. v. 35, n. 2, p. 277-283, 1982.

BUDD, G. M.; VOLPE, S. L. School-based obesity prevention: Research, challenges, and recommendations. **J Sch Health**. v. 76, n. 10, p. 485-495, 2006.

BURTON, N. W.; TURRELL, G. Occupation, hours worked, and leisure-time physical activity. **Prev Med**. V. 31, n. 6, p. 673-681, 2000.

CABRERA, T. F. C., et al. Análise da prevalência de sobrepeso e obesidade e do nível de atividade física em crianças e adolescentes de uma cidade do Sudoeste de São Paulo. **J Hum Growth Dev**. v. 24, n. 1, p. 67-72, 2014.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Qualitative research: discourse analysis versus content analysis. **Texto Contexto Enferm**. v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.

CARVALHO, E. A. A., et al. Obesidade: Aspectos Epidemiológicos e Prevenção. **Rev Med Minas Gerais**. v. 23., n. 1, p. 74-82, 2013.

CARVALHO, M. E. P. Modos de educação, gênero e relações escola-família. **Cad. Pesqui. [online]**. v. 34, n. 121, p.41-58, 2004.

CHIAROTTINO, Z. R. **Piaget: modelo e estrutura**. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora. 1972.

COLE, K., et al. An integrative research review: effective school-based childhood overweight interventions. **J Spec Pediatr Nurs**. v.11, n. 3, p.166-177, 2006

COSTA, F. F.; ASSIS, M. A. A. Nível de atividade física e comportamentos sedentários de escolares de sete a dez anos de Florianópolis-SC. **Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde**. v. 16, n. 1, p. 48-54, 2011.

COSTA, M. S. S., et al. Nível de atividade física dos pais em relação ao Índice de Massa Corporal dos filhos, na escola fundação Bradesco, na cidade Cacoal/RO. **RBONE**. v. 3, n. 15, 2009.

CRAIG, L. C., et al. International physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. **Medicine & Science in Sports & Exercise**. 2003.

CROVETTO, M. M.; UAUY, R. Changes in processed food expenditure in the population of Metropolitan Santiago in the last twenty years. **Rev Med Chil**. v. 140, n. 3, p. 305-12, 2012.

DA SILVA, G. A. P. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças pré-escolares matriculadas em duas escolas particulares de Recife. Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**. v. 3, n. 3, p. 323-327, 2003.

DA SILVA, H. L. **A escolar cidadã no contexto da globalização**. Petrópolis: Editora Vozes. 1998.

DÂMASO, A. **Obesidade**. Rio de Janeiro: Medsi. 2003.

DAMIANI, D.; CARVALHO, D. P.; OLIVEIRA, R. G. Obesidade na infância – um grande desafio! **Pediatria Moderna**. v. 36, n. 8, p. 489-523, 2000.

DAMIANI, D. Obesidade na Infância e Adolescência-Um Extraordinário Desafio. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v. 44, n. 5, 2000.

DE CAMPOS, L. **Análise do custo de intervenções para promoção de atividade física em unidades de saúde da família de Rio Claro-SP**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Motricidade) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Rio Claro. São Paulo, 2016.

DE OLIVEIRA, C. L.; FISBERG. Mauro. Obesidade na infância e adolescência – uma verdadeira epidemia. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**. v. 47, n. 2, p. 107-108, 2003.

DE OLIVEIRA, L. Cecilia et al. Obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. **Revista de Nutrição**. v. 17, n. 2, p. 237-245, 2004.

DE SANTIAGO, L. M., et al. Implantação do programa Saúde na Escola em Fortaleza – CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 65, n. 6, p. 1026-1029, 2012.

DE SOUZA. E. A., et al. Atividade física e alimentação saudável em escolares brasileiros: revisão de programas de intervenção. **Cad. Saúde Pública**. v. 27, n. 8, p. 1459-1471, 2011.

DELWING, K. B. B.; REMPEL, C.; BOSCO, S. M. D. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares entre 6 e 11 anos de um município do interior do RS. **Conscientia e Saúde**. v. 9. n. 2, p. 173-178, 2010.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. **Saúde escolar e escolas promotoras de saúde**. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed: Pan-Americana. v. 3, p. 49-76, 2008.

DEMINICE, R., et al. Impacto de um programa de educação alimentar sobre conhecimentos práticas alimentares e estado nutricional de escolares. **Alim. Nutr.** v. 18, n. 1, p. 35-40, 2007.

DIAS-DA-COSTA, J. S., et al. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population based study in southern Brazil. **Cad saude Publica**. v. 21, n. 1, p. 275-282, 2005.

DIETZ, H. W. J.; GORTMARKER, J. S. L. Do We Fatten Our Children at the Television Set? Obesity and Television Viewing in Children and Adolescents. **Pediatrics**. v. 75, n. 5, 1985.

DIETZ, H. W. J.; GORTMARKER, J. S. L. Preventing obesity in children and adolescents. **Annu Rev Public Health**. v. 22, p. 337-53, 2001.

DISSEN, C. M., et al. Cargas físicas no trabalho de agentes comunitários de saúde. **Rev Cont Saúde**. v. 11, n. 20, p. 807-12, 2011.

DUMITH, S. C., et al. Sedentary behavior in adolescents: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. **Cad Saude Publica**. v. 26, n. 10, p. 1928-36, 2010.

DUNCAN, S., et al. Modifiable risk factors for overweight and obesity in children and adolescents from São Paulo, Brazil. **BMC Public Health**. v. 11, n. 585, 2011.

DUNCAN, S., et al. Modifiable risk factors for overweight and obesity in children and adolescents from Sao Paulo, Brazil. **Bmc Public Health**. v. 11, n. 9, 2011.

DURKHEIM, E. **Educação e sociologia**. 2 ed. Petrópolis: Editora Vozes. 2011.

EKELUND, U., et al. TV viewing and physical activity are independently associated with metabolic risk in children: the European Youth Heart Study. **PLoS medicine**. v. 3, n. 12, p. e488, 2006.

ELLIS, J. R.; HARTLEY, C. L. **Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências**. 5ª edição: Artmed, Porto Alegre, 1998.

ERICKSON, S. J.; GERSTLE, M.; FELDSTEIN, S. W. Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health care settings: a review. **Arch Pediatr Adolesc Med**. V. 159, n. 12, p. 1173-1180, 2005.

FERMINO, R. C.; REIS, R. S.; CASSOU, A. C. Fatores individuais e ambientais associados ao uso de parques e praças por adultos de Curitiba-PR, Brasil. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**. v. 14, p. 377-379, 2012.

FERNANDES, S. P., et al. Evaluating the effect of nutritional education on the prevalence of overweight/obesity and on foods eaten at primary schools. **Jornal de Pediatria**. v. 85, n. 4, p. 315-321, 2009.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva[online]**. v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FERREIRA, J; O.; JARDIM, P. C. B. V.; PEIXOTO, M. R. G. Avaliação de projeto de promoção da saúde para adolescentes. **Revista de Saúde Pública**. v. 47, n. 2, p. 257-265, 2013.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cad Saúde Pública**. v. 23, p. 1674-1681, 2007.

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

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada em uma pessoa. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 121-131, 1999.

IORE, M. C., et al. Smoking cessation. Clinical Practice Guideline. N.º 18. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research. **US Department of Health and Human Services**, 1996.

KICKBUSH, I. La promoción de la salud. Tipología. Papeles de gestión sanitaria. Madrid: **Ministerio de Sanidad y Consumo. Micro Medical Limited (s.d.)**, p. 39-54, 1988.

FONSECA, M. **Obesidade na Adolescência: Um contributo para a melhor compreensão dos factores psicossociais associados à obesidade e excesso de peso nos adolescentes portugueses.** Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Lisboa. Portugal, 2008.

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

FREDERICK, C. B.; SNELLMAN, K.; PUTNAM, R. D. Increasing socioeconomic disparities in adolescent obesity. **PNAS.** v. 111, n. 4, p. 1338-1342, 2014.

GABRIEL, K. K.; MORROW, JR.; WOOLSEY, A. L. Framework for physical activity as a complex and multidimensional behavior. **J Phys Act Health.** v. 9, p. S11-S18, 2012.

GABRIEL, G. C.; SANTOS, M. V.; VASCONCELLOS, F. A. G. Avaliação de um programa para promoção de hábitos alimentares saudáveis em escolares de Florianópolis. Santa Catarina. Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** v. 8, n. 3, p. 299-308, 2008.

GADOTTI, M.; ROMÃO, J. E. **Autonomia na escola.** 7 ed. São Paulo: Cortez Editora. 2012.

GERARDS, S. M. P. L., et al. Interventions addressing general parenting to prevent or treat childhood obesity. **International Journal of Pediatric Obesity.** v. 6, n. 2, p. 28-45, 2011.

GIGANTE, D. P., et al. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados. **Rev Saúde Pública.** v. 43, n. s2, p. 83-9, 2006.

GLANZ, K., et al. Healthy nutrition environments: concepts and measures. **Am J Health Promot.** v. 19, n. 5, p. 330-333, 2005.

GOMES, L. C. **O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro.** Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

GÓMEZ-AMBROSI, J., et al. Body mass index classification misses subjects with increased cardiometabolic risk factors related to elevated adiposity. **Int J Obes (London)**. v. 36, p. 286-294, 2012.

GONÇALVES, L. G. O., et al. Atividade física espontânea relacionada com o nível sócioeconômico (Resumo). In: XVIII Simpósio Internacional de Ciência do Esporte, 1992. São Paulo: **Anais XVIII Simpósio Internacional de Ciências do Esporte**, 2000.

GREGORY, J., et al. Psychosocial and environmental correlates of adolescent sedentary behaviors. **Pediatrics**, v. 116, n. 4, p. 908-16, 2005.

GUEDES, P. D., et al. Estágios de Mudança de Comportamento e Prática Habitual de Atividade Física em Universitários. **Rev. Bras.Cineantropom.** v. 8, n. 4, p. 5-15, 2006.

GUERRA, P. H., DE FARIAS, J. C., FLORINDO, A. A. Sedentary behavior in Brazilian children and adolescents: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**. v. 50, n. 9, 2016.

GUERRA, P. H., et al. Physical activity and nutrition education at the school environment aimed at preventing childhood obesity: evidence from systematic reviews. **J. Pediatr. (Rio J.) [online]**. v. 92, n.1, p.15-23, 2016.

GUSTAFSON, S. L.; RHODES R. E. Parental correlates of physical activity in children and early adolescents. **Sports Med**. v. 36, n. 1, p. 79-97, 2006.

HAKANEN, M., et al. Development of overweight in an atherosclerosis prevention trial starting in early childhood. The STRIP study. **Int J Obes (Lond)**. v. 30, p. 618-626, 2006.

HALLAL, P. C., et al. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Med Sci Sports Exerc**. v. 35, n. 11, p. 1894-9, 2003.

HALLAL, P. C. et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**. v. 380, n. 9838, p. 247-257, 2012.

HALLAL, P. C., et al. Prevalência de Sedentarismo e Fatores Associados em Adolescentes de 10-12 anos de Idade. **Caderno de Saúde Pública**. v. 22, n. 6, p. 1277-1287, 2006.

HALPERN, A.; MANCINI, M. C. **Manual de Obesidade Para o Clínico**. Rio de Janeiro: Roca. 2002.

HAMILTON, M. T.; HAMILTON, D. G.; ZDERIC, T. W. Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. **Diabetes**. v. 56, p. 2655–2667, 2007.

HINKLEY, T., et al. Correlates of sedentary behaviours in preschool children: a review. **Int J Behav Nutr Phys Act**. v. 7, n. 66, 2010.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Rio de Janeiro. 2015. Disponível em <
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=354390&idtema=156&search=sao-paulo%7Crio-claro%7Censino-matriculas-docentes-e-rede-escolar-2015>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Dados Estatísticos**. 2006. Disponível em < www.ibge.gov.br.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica: mapa da obesidade**. 2009.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional de Saúde Escolar**. Rio de Janeiro. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS (INEP) [online]. 2016. Disponível em < <http://portal.inep.gov.br/web/guest>

INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE (IOTF). **EU platform on diet, physical activity and health**. Brussels. 2005.

INTERNATIONAL FEDERATION OF SPORTS MEDICINE. Physical exercise: an important factor for health. **Physicians and sports Medicine**. v. 18, p. 155-156, 1999.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. **A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Escola promotora de saúde. Brasília. 2003.

JAGO, R., et al. Parent and child physical activity and sedentary time: do active parents foster active children? **BMC Public Health**. v. 10, n. 194, p. 1-9, 2010.

JUONALA, M., et al. Influence of Age on Associations Between Childhood Risk Factors and Carotid Intima-Media Thickness in Adulthood The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. the Childhood Determinants of Adult Health Study. the Bogalusa Heart Study. and the Muscatine Study for the International Childhood Cardiovascular Cohort (i3C) Consortium. **Circulation**. v. 122, n. 24, p. 2514-2520, 2010.

KACZYNSKI, A. T.; HENDERSON, K. A. Parks and recreation settings and active living: a review of associations with physical activity function and intensity. **J Phys Act Health**. v. 5, p. 619-632, 2008.

KAHN, B. E., et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. **American Journal of Preventive Medicine**. v. 22, n. 4, p. 73-107, 2002.

KNUTH, A. G., et al. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n. 3, p. 513-520, 2009.

KOWALESKI-JONES, L., et al. Are You What Your Mother Weighs? Evaluating the Impact of Maternal Weight Trajectories on Youth Overweight. **Matern Child Health J**. v. 14, n. 5, p. 680- 686, 2010.

LA TAILLE, Y. Prefácio. In, PIAGET, J. **A construção do real na criança**. 3ª edição. São Paulo: Editora Ática, 2003.

LANGNESS, A., et al. Subjektives Ehlbefinden in internationaten vergleich. Ergerbrise der "health behaviour in school-aged children" Studie. **Psicomed**. v. 5, n. 1, p. 196-204, 2005.

LEER, E. V.; HAPNER, E. R.; CONNOR, N. P. Transtheoretical model of health behavior change applied to voice therapy. **J Voice**. v. 22, n. 6, p. 688-98, 2008.

LEMOS, N., et al. Associação entre nível de atividade física de lazer dos pais com o nível de atividade física dos filhos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 15, n. 2, 2010.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9, n. 4, p. 931-943, 2004.

LIBRETT, J., et al. An introduction to parks, recreation, and public health: collaborative frameworks for promoting physical activity. **J Phys Act Health**. v. 4, n. 1, p. S1-13, 2007.

LINDSAY, A. C., et al. The role of parents in preventing childhood obesity. **Future of Children**. v. 16, n. 1, p. 169-186, 2006.

LINO, M. M., et al. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cogitare Enferm**. v. 17, n. 1, p. 57-64, 2012.

LIU, Y., et al. Parent-Child Resemblance in Weight Status and Its Correlates in the United States. **PLoS ONE**. v. 8, n. 6, p. e65361, 2013.

LOBELO, F., et al. School-based programs aimed at the prevention and treatment of obesity: evidence-based interventions for youth in Latin America. **J Sch Health**. v. 83, p. 668-677, 2013.

LOPES, V. P., et al. Atividade física habitual da população escolar (6 a 10 anos) dos Açores. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. v. 11, n. 3, p. 9-14, 2003.

LORENTE, B. F., et al. Tratamiento multidisciplinario de la obesidad pediátrica. Resultados em 213 pacientes. **Esp Pediatr**. v. 46, p. 8-12, 1997.

LORENZETTI, J., et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 21, n. 2, p. 432-439, 2012.

LOUZADA, M. L. C., et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Rev. Saúde Pública [online]**. v.49, n. 38, 2015.

MACHADO, M. F. A. S., et al. Programa Saúde na Escola: Estratégia Promotora de Saúde na Atenção Básica no Brasil. **Journal of Human Growth and Development**. v. 25, n. 3, p. 307-312, 2015.

MARCONDES, R. S. Educação em saúde na escola. **Revista Saúde Pública**. v. 6, n. 1, p. 89-96, 1972.

MARCUS, B. H.; SIMKIN, L. R. The transtheoretical model: applications to exercise behavior. **Med Sci Sports Exerc**. v. 26, n.11, p.1400-4, 1994.

MARQUES, L. A. C. **Relação entre o Comportamento Sedentário dos Pais e o Comportamento Sedentário dos Filhos.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Portugal, 2012.

MAIA, C. O., et al. Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos Trabalhadores de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem.** v. 20, n. 2, p. 138-142, 2007.

MARTINS, A. P. B., et al. Increased contribution of ultra-processed food products in the Brazilian diet (1987-2009). **Rev Saude Publica.** v. 47, n. 4, p. 1-6, 2013.

MASCARENHAS, C. R. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online].** v. 18, n. 5, p. 1375-1386, 2013.

MASCARENHAS, L. P. G., et al. Relação entre diferentes índices de atividade física e preditores de adiposidade em adolescentes de ambos os sexos. **Rev Bras Med Esporte [online].** v. 11, n. 4, p. 214-218, 2005.

MATSUDO, S. M. et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Atividade física e saúde.** v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

MATSUDO, S. M., et al. Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: análise de acordo com gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Rev Bras Ciênc.** v. 10, p. 41-50, 2010.

MATSUDO, V. K. R.; BRACCO, M. M.; ANDRADE, D. R. (In)atividade física em crianças e adolescentes. **Diagn Tratamento.** v. 12, n. 1, p. 45-53, 2007.

MEIZI, H., et al. Screen-related Sedentary Behaviors: Children's and Parents' Attitudes, Motivations, and Practices. **Journal of Nutrition Education and Behavior.** v. 42, p. 17-25, 2010.

MELKEVIK, O., et al. Is spending time in screen-based sedentary behaviors associated with less physical activity: a cross national investigation. **Int J Behav Nutr Phys Act.** v. 46, n. 7, 2010.

MELO, E. A. S. Gestos de autoria: construção do sujeito da escrita na alfabetização. In: BARONAS, R. L., organizador. **Identidade cultura e linguagem**. Campinas: Pontes Editores, 2005.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Childhood obesity - Towards effectiveness. **Jornal de Pediatria**. v. 80, n. 3, p. 173-182, 2004.

MIELKE, G. I. **Comportamento sedentário em adultos**. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal de Pelotas. Rio Grande do Sul. 2012.

MOLINA, M. C. B., et al. Fatores de risco cardiovascular em crianças de 7 a 10 anos de área urbana. Vitória. Espírito Santo. Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 26, n. 5, p. 909-917, 2010.

MONTEIRO, C. A., et al. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. **Rev Panam Salud Publica**. v. 14, n. 4, p. 246-254, 2003.

MONTEIRO, C. A., et al. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **Cad Saude Publica**. v. 26, n. 11, p. 2039-2049, 2010.

MONTEIRO, C. A., et al. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. **Obes Rev**. v. 14, n. 2, p. 21-28, 2013.

MOORE, L., et al. Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children. **J Pediatr**. v. 118, p. 215-219, 1991.

MOUBARAC, J. C., et al. Processed and ultra-processed food products: consumption trends in Canada from 1938 to 2011. **Can J Diet Pract Res**. v. 75, n. 1, p. 15-21, 2014.

NAHAS, M. V. **Obesidade. controle de peso e atividade física**. Londrina: Midiograf. 1999.

NAHAS, M. V., et al. Methods and participant characteristics of a randomized intervention to promote physical activity and healthy eating among brazilian high school students: the Saúde na Boa project. **J Phys Act Health**. v. 6, n. 2, p. 153-162, 2009.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; ASSIS, M. A. A. The “Saúde na Boa” project in promoting a healthy lifestyle among high school students. **Rev Bras Cineantropom e Des Hum.** v. 16, n. s1, 2014.

NORMAN, G. J., et al. Psychosocial and environmental correlates of adolescent sedentary behaviors. **Pediatrics.** v. 116, n. 4, p. 908, 2005.

OLIVEIRA, A. M. F. Informação, educação e comunicação em saúde: é suficiente atuar em rede? Os desafios éticos da formação do profissional de saúde na pós – modernidade. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva.** v. 3, n. 1, p. 14-27, 2009.

ONIS, M.; BLÖSSNER, M.; BORGHI, E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. **The American Journal of Clinical Nutrition.** v. 92, n. 5, p. 1257-1264, 2010.

OWEN, N.; HEALY, G. N.; MATTHEWS, C. E. Dunstan DW. Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. **Exercise and Sport Sciences Reviews.** v. 38, n. 3, p. 105-113, 2010.

PANSANI, A. P., et al. Prevalência de fatores de risco para doenças coronarianas em idosas frequentadoras de um programa “Universidade Aberta à Terceira Idade”. **Arquivos de Ciências da Saúde.** v. 12, n. 1, p. 27-31, 2005.

PATE, R. R., et al. Sedentary behaviour in youth. **British journal of sports medicine.** v. 45, n. 11, p. 906-913, 2011.

PATTERSON, L. E.; EISENBERG, S. **O processo de aconselhamento.** São Paulo: Martins Fontes, 2003.

PAZIN, J.; FRAINER, D. E. S.; MOREIRA, D. Crianças Obesas Têm Atraso no Desenvolvimento Motor. **Efdeportes: revista digital.** 2006.

PÊCHEUX, M. Análise automática do discurso (AAD-69). In: GADET, F.; HAK, T., organizadores. **Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux.** 2ª edição. Campinas: Ed Unicamp, 1993.

PENSO, M. A., et al. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saude soc. [online].** v. 22, n. 2, p. 542-553, 2013.

PETERSON, K. E., et al. Validation of the Youth Risk Behavioral Surveillance System (YRBSS) Questions on Dietary Behaviors and Physical Activity Among Adolescents in Grades 9 Through 12. Atlanta. GA: Division of School and Adolescent Health. **Centers for Disease Control and Prevention**. 1996.

PETERSON, K. E.; FOX, M. K. Addressing the epidemic of childhood obesity through school-based interventions: what has been done and where do we go from here? **J Law Med Ethics**. v. 35, p. 113-30, 2007.

PETROSKI, E. L., et al. Estágios de mudanças de comportamento e percepção positiva do ambiente para atividade física em usuários de parque urbano. **Motricidade**. v. 5, p. 17-31, 2009.

PHILIPPI, S. T. **Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição**. Barueri. São Paulo: Manole. 2008.

PIMENTA, A. P. A. A.; PALMA, A. Perfil epidemiológico da obesidade em crianças: relação entre televisão, atividade física e obesidade. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** v. 9, n. 4, p. 19-24, 2001.

PINHEIRO, A. R. O. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. **Saúde em Debate**. v. 29, n. 70, p. 125-139, 2005.

PINHEIRO, A. R. O; FREITAS, S. F. T; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.** v. 17, n. 4, p. 523-533, 2004.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia. Atividade Física e Saúde. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** v.10, n. 3, p. 49-54, 2002.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Stages of change in the modification of problem behaviors. **Prog Behav Modif**. v. 28, p. 183-218, 1992.

PROCHASKA, J. O.; MARCUS, B. H. The transtheoretical model: applications to exercise. In: Dishman RK. editor. *Advances in exercise adherence*. Champaign. IL: **Human Kinetics**. p. 181-90, 1994.

PROCHASKA., J. O.; DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory. Research & Practice**. v. 19, n. 3, p. 276-288, 1983.

PROCHASKA, J. O.; NORCROSS, J. C.; DICLEMENTE, Carlo C. Changing for Good: The Revolutionary Program That Explains the Six Stages of Change and Teaches You How to Free Yourself from Bad Habits. **Morrow**. 1994.

PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. F. The transtheoretical model of health behavior change. **American Journal of Health Promotion**. v. 12, n. 1, p. 38-48, 1997.

PUPO, L. R. **Aconselhamento em DST/Aids: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo. São Paulo. 2007.

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **J Pediatr (Rio J)**. v. 76, p. 229-37, 2000.

RANGEL, I. C. A.; DARIDO, S. C. **Educação Física na Infância**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

RIBEIRO, I. C.; TADDEI, J. A. A. C.; COLUGNATTI, F. Obesity among children attending elementary public schools in São Paulo, Brazil: a case–control study. **Public Health Nutr**. V. 6, n. 7, p. 659-663, 2003.

RIBEIRO, V. M.; GUSMÃO, J. B.; RIBEIRO, V. M. Indicadores de qualidade para a mobilização da escola. **Cadernos Cenpec Educação Cultura e Ação Comunitária**. v. 3, p. 59-73, 2007.

SAHOTA, P., et al. Randomised controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. **BMJ (Clinical research ed.)**. v. 323, n. 7320, p. 1029-32, 2001.

SALBE, A. D.; RAVUSSIN, E. The determinants of obesity. In: BOUCHARD, C. (Ed.). Physical activity and obesity. **Champaign: Human Kinetics**. p. 69-102, 2000.

SALLIS, J. F.; PROCHASKA, J. J.; TAYLOR, W. C. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. **Med Sci Sports Exerc**. v. 32, n. 5, p. 963-975, 2000.

SALLIS, J. F.; OWEN, N. Physical Activity and Behavioral Medicine. **Sage Publications**. p. 110-134, 1999.

SANTIAGO, L. M., et al. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm. [online]**. v. 65, n. 6 p.1026-1029, 2012.

SANTIAGO, L. M., et al. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 65, n. 6, p. 1-4, 2012.

SANTOS, I. S., et al. Avaliação da eficácia do aconselhamento nutricional dentro da estratégia do AIDPI (OMS/UNICEF). **Rev. bras. epidemiol. [online]**. V. 5, n. 1, p. 15-29, 2002.

SCHEEFFER, R. **A teoria de aconselhamento**. São Paulo: Atlas, 1976.

SCHMITZ, B. A. S., et al. A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: uma proposta metodológica de capacitação para educadores e donos de cantina escolar. **Cad. Saúde Pública [online]**. v. 24, n. 2, p. s312-s322, 2008.

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Bariatric surgery indications and contraindications. Rev Bras Psiquiatr.** v. 24, n. Supl III, p. 68-72, 2002.

SHARMA, M. International school-based interventions for preventing obesity in children. **Obesity Reviews**. v. 8, p. 155-67, 2006.

SICHERI, R.; SOUZA, R. A. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n. Sup 2, p. S209-S234, 2008.

SILVA, C. R. J., et al. Estudo dos Principais Fatores de Risco Relacionados à Obesidade Infantil. Segundo a Opinião de seus Responsáveis. **Revista Científica do ITPAC**. v. 7, n. 2, 2014.

SILVA, D. A. S.; PETROSKI, E. L.; REIS, R. S. Barreiras e facilitadores de atividades físicas em frequentadores de parques públicos. **Motriz**. v. 15, p. 219-227, 2009.

SILVA, E. A. P. C., et al. Sociedade, cultura e saúde: motivação na utilização de espaço público de lazer. **Revista Movimento**. v. 18, p. 171-188, 2012.

SILVA, K. S.; LOPES, A. S.; SILVA, F. M. Atividade física no deslocamento à escola e no tempo livre em crianças e adolescentes da cidade de João Pessoa, PB, Brasil. **Rev Bras Ciênc Mov.** v. 15, n. 3, p. 61-70, 2007.

SILVA, K. S.; LOPES, A. S.; SILVA, F. M. Comportamentos sedentários associados ao excesso de peso corporal. **Rev Bras Educ Fis Esporte.** V. 21, n. 2, p.135-141, 2007.

SIQUEIRA, F. V., et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 25, n. 1, p. 203-213, 2009.

SLEDDENS, E. F. C., et al. General parenting. childhood overweight and obesity-inducing behaviors: a review. **International Journal of Pediatric Obesity.** v. 6, n. 2, p. e12-e27, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros Cardiologia.** v. 89, n. 3, p. 24-79, 2007.

SPOHR, F. C., et al. Atividade física e saúde na Educação Física escolar: efetividade de um ano do projeto "Educação Física +". **Rev Bras Ativ Fis e Saúde.** v. 19, n. 3, p. 300-313, 2014.

SOUZA, R. P. Análise do nível de atividade física entre pais e filhos. **Cinergis,** Santa Cruz do Sul, v. 13, n. 4, p. 34-43, 2012.

TADDEI, J. A. A. C. Epidemiologia da obesidade na infância. **Pediatria Moderna.** v. 29, n. 2, 1993.

TARDIDO, A. P.; FALCÃO, M. C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica.** v. 21, n. 2, p. 117-124, 2006.

TASSITANO, R. M., et al. Atividade Física em Adolescentes Brasileiros: Uma revisão Sistemática. **Rev Bras Cineantropom.** v. 9, n. 1, p. 55-60, 2007.

TENÓRIO, M. C. M., et al. Atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio. **Rev Bras Epidemiol.** v. 13, n. 1, p. 105-17, 2010.

TENORIO, A. S.; COBAYASHI, F. Obesidade infantil na percepção dos pais. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 29, n. 4, p. 634-9, 2011.

TERRA, M. R. O Desenvolvimento Humano na Teoria de Piaget. 2006. Disponível em <<http://www.unicamp.br/iel/site/alunos/publicacoes/textos/d00005.htm>

TREMBLAY, M. Letter to the Editor: Standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours”. **Appl. Physiol. Nutr. Metab.** v. 37, p. 540-542, 2012.

TRINDADE, L. L., et al. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. **Rev Gaúcha Enfem**. v. 28 n. 4, p. 473-479, 2007.

TYLER, L. E. The work of counselor. Century Psychology Series. New York. Appleton Century Crofts. **Meredith Corporation**. 1969.

VALERIO, M. P.; NOVAIS, F. V.; RAMOS, L. R. Efeito de duas intervenções visando o aumento do nível de atividade física de idosos inativos no tempo de lazer. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v. 19, n. 6, p. 765-766, 2014.

VAN SLUIJS, M. F. E., et al. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. **BMJ**. p. 1-13, 2007.

VELLOSO, M. P. **A atividade e resíduos resultantes da atividade humana: da produção do lixo a nomeação do resto**. Tese de doutorado. 2004.

WANG, Y.; MONTEIRO, C.; POPKIN, B. M. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China and Russia. **American Journal of Clinical Nutrition**. v. 75, n. 6, p. 971-977, 2002.

WANG, Y.; MONTEIRO, C.; POPKIN, B. M. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States. Brazil. China. and Russia. **Am J Clin Nutr.** v. 75, p. 971-7, 2002.

WILLIAMS, S. R. **Fundamentos de nutrição e dietoterapia**. 6ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity**. Geneva: World Health Organization, 1998.

_____. **What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?. 2006.**

_____. **The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. 2007.**

_____. **Preventing and managing the global epidemic. 2000.**

_____. **Obesity and overweight. 2016.**

_____. **Infant Young child feeding counseling: na integrated course. 2006.**

_____. **Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being: health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. 2016**

_____. **Global Recommendations on Physical Activity for Health. 2011**

_____. **Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009.**

_____. **Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. 1990.**

_____. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases, 2002.**

_____. **Counseling for HIV/Aids: a key to caring. 1995.**

_____. **Atividade Física. 2014.**

WORMER, J. J. V. Pedometers And Brief E-Counseling: Increasing Physical Activity For Overweight Adults. **BMJ**. v. 37, p. 421-425, 2004.

XU, H., et al. Parenting style and dietary behaviour of young children. Findings from the Healthy Beginnings Trial. **Appetite**. v. 71, n. 1, p. 171-177, 2013.

ANEXO

ANEXO I – Comitê de Ética (CEP)

INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS
DE RIO
CLARO/UNIVERSIDADE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Intervenção para promoção de saúde infantil em parceria com escolas públicas e o SUS na cidade de Rio Claro - SP

Pesquisador: Camilla Lie Higa

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 53016916.0.0000.5465

Instituição Proponente: Instituto de Biotecnologia de Rio Claro/ Universidade Estadual Paulista -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.867.280

Apresentação do Projeto:

Trata de uma pesquisa que visa verificar os efeitos de uma intervenção de breve aconselhamento (BA), de atividade física e alimentação saudável à família sobre a criança, em parceria com escolas públicas e o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta é uma pesquisa de mestrado no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Motricidade, da discente Camilla Lie Higa sob orientação Profa Dra. Priscila Missaki Nakamura.

Objetivo da Pesquisa:

"O objetivo do estudo é verificar os efeitos de uma intervenção de breve aconselhamento (BA), de atividade física e alimentação saudável à família sobre a criança, em parceria com escolas públicas e o Sistema Único de Saúde (SUS)."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

É relatado nesta versão:

"Riscos:

Grupo Experimental: Os riscos serão aqueles relacionados à prática de atividade física, tais como quedas, lesões nas articulações, e principalmente dores na musculatura, uma vez que se aconselhará sua prática regular em intensidades gradativas. No entanto, os aconselhadores serão

Endereço: Av.24-A n.º 1515

Bairro: Bela Vista

CEP: 13.506-900

UF: SP

Município: RIO CLARO

Telefone: (19)3526-9678

Fax: (19)3534-0009

E-mail: cepib@rc.unesp.br

INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS
DE RIO
CLARO/UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.867.280

treinados, assim minimizando-se os riscos nos encontros, com instruções para prática segura e adequada da atividade física Grupo Controle: Os riscos relacionados a esse grupo, estão na inatividade da prática regular atividade física, tais como o aumento da massa corporal e diminuição das capacidades físicas. No entanto, terão palestras que abordarão a respeito de hábitos saudáveis com exceção de atividade física e alimentação saudável. Além disso para ambos, como haverá aplicação de questionários, apresenta baixo risco de algum constrangimento que possam vir a ter, porém serão minimizados a partir da aplicação em lugar seguro, além de sanar quaisquer dúvidas que venham a ter.

Benefícios:

Os benefícios propostos decorrente da intervenção com foco na prática regular de atividade física e aquisição de hábitos alimentares saudáveis proporcionarão para os participantes melhorias, tais como: nas capacidades físicas, bem-estar físico e mental, integração e interação. Além disso, os resultados deste estudo poderão contribuir para as políticas públicas de saúde e educação, a fim de estreitar os laços entre esses dois polos, e , alertar sobre o crescimento exponencial da obesidade, doenças associadas e maus hábitos adotados na infância, além da falta de informação e informatização à respeito da importância da prática de atividade física, destacando a necessidade de uma atenção maior a esse público, assim, despertando o interesse de uma parceria para adoção de um programa voltado à saúde infantil, que por sua vez, desempenha papel importante para

a melhoria de qualidade e expectativa de vida.

Metodologia de Análise de Dados:

Para as variáveis contínuas, será calculada a média e desvio padrão. Será feita análise para normalidade dos dados usando o teste de Shapiro-wilk.

Para dados normais será utilizado ANOVA e se os dados forem não normais será feita a análise do modelo linear misto por ser independente com variância constante, possibilitando a análise das medidas repetidas, com outras co-variáveis e dados incompletos."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

"De característica longitudinal, o estudo acontecerá ao longo de 12 meses em Unidades de Saúde da Família juntamente com as escolas públicas na cidade de Rio Claro, SP.

Participarão do estudo famílias com crianças de faixa etária entre 6 e 10 anos, selecionados de forma randomizada, matriculados no ensino público da cidade de Rio Claro – SP.

O município de Rio Claro comporta 50 escolas públicas e 9 USF, sendo que no estudo participarão 6 escolas públicas e 2 USF, que serão divididos em dois grupos: (1) grupo experimental; (2) grupo

Endereço: Av.24-A n.º 1515

Bairro: Bela Vista

CEP: 13.506-900

UF: SP

Município: RIO CLARO

Telefone: (19)3526-9678

Fax: (19)3534-0009

E-mail: cepib@rc.unesp.br

INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS
DE RIO
CLARO/UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.867.280

controle. O convite para as escolas e PSF será realizado pelo pesquisador responsável por meio da apresentação do projeto aos respectivos coordenadores, e adiante, aos professores e agentes de saúde, explicitando suas responsabilidades e benefícios do trabalho multi e interdisciplinar que será realizado. Às famílias, o pesquisador os convidará e explicará os objetivos, benefícios e riscos da pesquisa, e enfatizando a importância de sua participação para que possa vir a ser um projeto vigente na cidade de Rio Claro - SP. Ambos serão avaliados durante um período de um ano, trimestralmente, realizados intercaladamente pelos professores e agentes de saúde. Será exceção a avaliação de medidas antropométricas que ocorrerá todo mês.

As medidas de avaliações do estudo serão: a) Anamnese clínica- instrumento será utilizado a fim de identificar as características gerais de saúde da criança e da família; b) Avaliações antropométricas- Será medido o índice de Massa Corporal (IMC), por meio do peso dividido pela altura²; c) Nível de atividade física (NAF)- Os responsáveis pela criança responderão o International Physical Activity Questionnaire (IPAq – versão longa), a fim de verificar os hábitos e nível de atividade física nos domínios: domésticos, trabalho, transporte e lazer, e as crianças responderão à Lista de Atividades

Físicas (LAF) visando verificar as atividades que realizam antes, durante e depois da escola; d) Comportamento sedentário- O instrumento utilizado nos adultos, será o Questionário de Comportamento Sedentário de Mielke (2012), enquanto para as crianças, o LAF possui campos que se enquadram no intuito de ter um melhor diagnóstico e avaliação, quando associado ao NAF; e) Estado nutricional- Inquérito que será aplicado aos

responsáveis e às crianças, a fim de diagnosticar hábitos alimentares não saudáveis. O mesmo será elaborado baseado no Guia Alimentar (2014), uma vez que não há na literatura instrumento validado que avalie tal esfera; f) Conhecimento e comportamento saudável- Tais informações serão obtidas a partir de um questionário elaborado não validado, a fim de verificar os conhecimentos que os responsáveis possuem em relação à comportamentos saudáveis; g) Avaliação das escolas e SUS- A fim de verificar a eficácia da intervenção, será aplicado um breve questionário de avaliação, em que os professores e agentes de saúde expressarão suas opiniões em relação às dificuldades encontradas, possíveis estratégias que possam vir a serem adotados, os benefícios da intervenção conjunta, e o seu impacto na comunidade – às famílias, crianças, escolas e PSF.

Serão dois grupos de intervenção: o Grupo controle (GC), que receberão dicas de saúde a cada 3 meses, com exceção da prática de atividade física e de hábitos alimentares saudáveis.

a) 3º mês – GINÁSTICA CEREBRAL; b) 6º mês – HIGIENE BUCAL ; c) 9º mês – LIMPEZA DO AMBIENTE; d)

Endereço: Av.24-A n.º 1515

Bairro: Bela Vista

CEP: 13.506-900

UF: SP

Município: RIO CLARO

Telefone: (19)3526-9678

Fax: (19)3534-0009

E-mail: cepib@rc.unesp.br

INSTITUTO DE BIOCIÊNCIAS
DE RIO
CLARO/UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.867.280

12º mês – EXAMES ROTINEIROS.

No 3º e 9º mês, a escola se responsabilizará em dar a palestras, enquanto que no 6º e 12º mês, ficará sob responsabilidade dos agentes de saúde das PSF. Cada palestra terá duração entre de no mínimo 30 e poderá se estender no máximo até 50 minutos; o Grupo experimental (GE): receberão breve aconselhamento (BA) que será realizado por meio de orientação segundo o modelo transteórico para a prática de atividade física e hábitos alimentares saudáveis. As reuniões de BA serão realizadas em conjunto a cada 3 meses pelos professores e agentes de saúde"

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOI RELATADO EM PARECER ANTERIOR:

"No TCLE, ao informar as etapas da pesquisa, retirar a menção dos grupos " controle " e "intervenção", haja vista que para o participante da pesquisa, esta informação da forma como se apresenta, gera mais confusão do que esclarece. Lembrando que a RES. 466/12, do seu art. IV.1, item b, solicita a linguagem clara e acessível ao participante.

- Informar aos participantes todos os procedimentos aos quais ele possivelmente será submetido. Para isso revisar o parágrafo "Para que o andamento da pesquisa ocorra da melhor forma possível, o senhor (a) será convidado ..."

- Retirar o cabeçalho do Instituto de Biociências de todos os termos.

- Tendo em vista que trata-se de crianças de 6 a 10 anos, é necessário adequar a linguagem do TALE, tornando-a mais clara e acessível"

Recomendações:

FOI RELATADO EM PARECER ANTERIOR:

"O CEP lembra da necessidade de apresentar notificação com a declaração de aceite das escolas participantes a posteriori."

AINDA:

MODIFICAR O FORMATO "Eu, _____, aceito participar..."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP REFERENDA O PARECER DO RELATOR:

Endereço: Av.24-A n.º 1515

Bairro: Bela Vista

CEP: 13.506-900

UF: SP

Município: RIO CLARO

Telefone: (19)3526-9678

Fax: (19)3534-0009

E-mail: cepib@rc.unesp.br

INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS
DE RIO
CLARO/UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.867.280

""FOI RELATADO EM PARECER ANTERIOR:

"AS SOLICITAÇÕES FORAM PARCIALMENTE ATENDIDAS. ENTRETANTO TRES ITENS DEVEM SER REFEITOS:

- 1 - O TCLE DOS RESPONSÁVEIS ESTÁ EM FORMA INADEQUADA. NESTE O RESPONSÁVEL ESTÁ SENDO CONVIDADO A PARTICIPAR DA PESQUISA E AO MESMO TEMPO ESTÁ AUTORIZANDO O MENOR DE IDADE SOB SUA RESPONSABILIDADE. ESTE FORMATO É INADEQUADO. DEVE-SE ELABORAR UM TCLE CONVIDANDO O RESPONSÁVEL A PARTICIPAR DO ESTUDO E UM TCLE DIRIGIDO AO RESPONSÁVEL CONVIDANDO O MENOR A PARTICIPAR DO ESTUDO.
- 2- O TALE CONTINUA EM LINGUAGEM INADEQUADA. POR SE TRATAR DE CRIANÇAS DE 6 A 10 ANOS, O TALE DEVE SER REDIGIDO EM LINGUAGEM ADEQUADA A IDADE. O PRESENTE FORMATO NÃO PERMITE O ENTENDIMENTO DA CRIANÇA DO QUE SERÁ FEITO. AINDA, NESTA VERSÃO DO TALE APARECE A FRASE "Eu, _____, portador(a) do documento de identidade _____ (se já tiver documento), fui informado..." ESTE FORMATO TAMBÉM É INADEQUADO E DEVE SER REFEITO.
- 3 - READEQUAR O CRONOGRAMA DO PROJETO DE ACORDO COM AS IBPS".

AS SOLICITAÇÕES 1, 2 E 3 FORAM ATENDIDAS. PORÉM O FORMATO "Eu, _____, aceito participar..." PERSISTE"

Considerações Finais a critério do CEP:

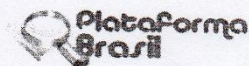
O projeto encontra-se APROVADO para execução. Pedimos atenção aos seguintes itens:

- 1) De acordo com a Resolução CNS nº 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatório final.
- 2) Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas, com justificativa, ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada.
- 3) Sobre o TCLE: caso o termo tenha DUAS páginas ou mais, lembramos que no momento da sua assinatura, tanto o participante da pesquisa (ou seu representante legal) quanto o pesquisador responsável deverão RUBRICAR todas as folhas , colocando as assinaturas na última página.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av.24-A n.º 1515
Bairro: Bela Vista **CEP:** 13.506-900
UF: SP **Município:** RIO CLARO
Telefone: (19)3526-9678 **Fax:** (19)3534-0009 **E-mail:** cepib@rc.unesp.br

**INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS
DE RIO
CLARO/UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 1.867.280

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_658456.pdf	14/11/2016 11:03:59		Aceito
Outros	CONSIDERAÇÕES SOBRE TERMOS OBRIGATORIO.docx	14/11/2016 11:03:31	Camilla Lie Higa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_CRIANCA.doc	14/11/2016 11:01:57	Camilla Lie Higa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RESPONSAVEL_CRIANCA.docx	14/11/2016 11:01:40	Camilla Lie Higa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PAIS.docx	14/11/2016 11:01:06	Camilla Lie Higa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ESCOLA.docx	02/08/2016 16:10:30	Camilla Lie Higa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_USF.docx	02/08/2016 16:10:20	Camilla Lie Higa	Aceito
Outros	NAF_IPAQ_ADULTO.pdf	02/02/2016 14:48:22	Camilla Lie Higa	Aceito
Outros	NAF_COMPORTEAMENTO_SEDENTARIO_INFANTIL.pdf	02/02/2016 14:47:53	Camilla Lie Higa	Aceito
Outros	ESTADO_NUTRICIONAL.pdf	02/02/2016 14:45:57	Camilla Lie Higa	Aceito
Outros	COMPORTEAMENTO_SEDENTARIO_ADULTOS.pdf	02/02/2016 14:45:35	Camilla Lie Higa	Aceito
Outros	ANAMNESE_CLINICA.pdf	02/02/2016 14:45:00	Camilla Lie Higa	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_DE_AVALIACAO.pdf	02/02/2016 14:43:43	Camilla Lie Higa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PLATAFORMA_BRASIL.docx	02/02/2016 14:33:42	Camilla Lie Higa	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto_Camilla2.pdf	02/02/2016 14:29:33	Camilla Lie Higa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av.24-A n.º 1515

Bairro: Bela Vista

CEP: 13.506-900

UF: SP

Município: RIO CLARO

Telefone: (19)3526-9678

Fax: (19)3534-0009

E-mail: cepib@rc.unesp.br

INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS
DE RIO
CLARO/UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.867.280

Não

RIO CLARO, 14 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Débora Cristina Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Av.24-A n.º 1515

Bairro: Bela Vista

CEP: 13.506-900

UF: SP

Município: RIO CLARO

Telefone: (19)3526-9678

Fax: (19)3534-0009

E-mail: cepib@rc.unesp.br

ANEXO II – International Physical Activity Questionnaire (IPAQ – versão longa)

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Instituto de Biociências de Rio Claro

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade

IPAQ

Nome do responsável: _____ Data: ____/____/____

Idade: _____ Sexo: ()F ()M Você trabalha de forma remunerada: ()SIM ()NÃO

Quantas horas você trabalha por dia: _____ Quantos anos completos você estudou: _____

De forma geral sua saúde está: ()EXCELENTE ()MUITO BOA ()BOA ()REGULAR ()RUIM

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **NORMAL USUAL** ou **HABITUAL**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO IMPORTANTES**. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigada pela sua participação!

Para responder as questões lembre-se que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal.

- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal.

SEÇÃO 1 – ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa e tomar conta da sua família. Essas serão incluídas na seção 3.

1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de casa?

() Sim () Não – Caso você responda não **Vá para seção 2 Transporte**

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você faz em uma semana **USUAL** ou **NORMAL** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**:

1b. Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho**:

_____ dias por **SEMANA** () nenhum – **Vá para a questão 1d.**

1c. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades vigorosas como parte do seu trabalho?

___ horas ___ minutos

1d. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, como carregar pesos leves como parte do seu trabalho?

___ dias por SEMANA () nenhum – Vá para a questão 1f.

1e. Quanto tempo no total você usualmente gasta por dia fazendo atividades moderadas como parte do seu trabalho?

___ horas ___ minutos

1f. Em quantos dias de uma semana normal você **anda**, durante pelo menos 10 minutos contínuos, como parte do seu trabalho? Por favor **NÃO** inclua o anda como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho

___ dias por SEMANA () nenhum – Vá para a seção 2 – transporte

1g. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando como parte do seu trabalho?

___ horas ___ minutos

SEÇÃO 2 – ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem a forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

2a. Em quantos dias de uma semana normal você anda de carro, ônibus, metrô ou trem?

___ dias por SEMANA () nenhum – Vá para questão 2c

2b. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** andando de carro, ônibus, metrô ou trem?

___ horas ___ minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

2c. Em quantos dias de uma semana normal você anda de bicicleta por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício)

___ dias por SEMANA () Nenhum – Vá para a questão 2f.

2d. Nos dias que você pedala quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

___ horas ___ minutos

2e. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

___ dias por SEMANA () Nenhum – Vá para seção 3.

2f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

____ horas ____ minutos

SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA; TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA

Esta parte inclui as atividades que você faz em uma semana NORMAL na sua casa e ao redor da sua casa. por exemplo trabalho em casa. cuidar do jardim. cuidar do quintal. trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense **somente** naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

3a. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir. lavar o quintal. esfregar o chão:

____ dias por **SEMANA** () Nenhum – **Vá para a questão 3c**

3b. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

____ horas ____ minutos

3c. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos contínuos como carregar pesos leves. limpar vidros. varrer. rastelar com **no jardim ou quintal**.

____ dias por **SEMANA** () Nenhum – **Vá para questão 3e.**

3d. Nos dias que você faz esse tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?

____ horas ____ minutos

3e. Em quantos dias se uma semana normal você faz atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves. limpar vidros. varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**.

____ dias por **SEMANA** () Nenhum – **Vá para seção 4**

3f. Nos dias que você faz esse tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

____ horas ____ minutos

SEÇÃO 4 – ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Esta seção se refere às atividades físicas que você faz em uma semana **NORMAL** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias de uma semana normal, você caminha **por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre**?

____ dias por **SEMANA** () Nenhum – **Vá para questão 4d**

4b. Nos dias que você caminha no seu tempo livre, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

____ horas ____ minutos

4c. Em quantos dias de uma semana normal, você faz atividades vigorosas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos contínuos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer jogging:

____ dias por **SEMANA** () Nenhum – **Vá para questão 4f**

4e. Nos dias em que você faz essas atividades vigorosas no seu tempo livre quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

___ horas ___ minutos

4f. Em quantos dias de uma semana normal, você faz atividades moderadas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis:

___ dias por **SEMANA** () Nenhum – **Vá para seção 5**

4g. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas no seu tempo livre quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

___ horas ___ minutos

SEÇÃO 5 – TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

5a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

___ horas ___ minutos

5b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de final de semana**?

___ horas ___ minutos

ANEXO III – Lista de Atividades Físicas (LAF)

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Instituto de Biociências de Rio Claro

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade

LISTA DE ATIVIDADES FÍSICAS – LAF

ORIENTAÇÕES GERAIS

O LAF é dividido em instruções para entrevista e Questionário com três seções – A, B e C. O conteúdo das Instruções orienta as falas dos entrevistadores, com exceção de texto entre colchetes, que contém informações relativas à condução da entrevista. Na seção A do questionário são anotados dados da criança; na B, dados das atividades físicas e de atividades sedentárias no dia anterior; e a C se refere à avaliação da entrevista. Na seção B, registre o tempo, em minutos, para cada atividade física relatada pela criança nas colunas B, D e G. Use uma folha em branco para auxiliar na soma de minutos de cada atividade realizada. Coloque um traço se a atividade física não foi realizada. Ao final de cada entrevista preencha a seção C, o horário de término e o número de identificação da criança (ID) nos campos específicos localizados no topo de cada folha. Não anotar nada fora dos campos específicos do questionário LAF. Deve-se iniciar a entrevista identificando-se.

INTRUÇÕES PARA ENTREVISTA

I. Introdução

Vamos conversar sobre a atividade física que você fez ONTEM. Que dia da semana foi ontem? Atividade física é o movimento do corpo em que você mexe seus braços e pernas. Em algumas atividades físicas, você se movimenta de um lugar para outro, como correr ou caminhar. Que outras atividades físicas são assim? Algumas atividades físicas podem ser feitas sem sair do lugar, como polichinelos e abdominais. Você pode me dizer outras atividades físicas que podem ser feitas sem sair do lugar?

II. Tempo

Vamos perguntar quanto tempo de atividade física você fez ontem. O relógio vai ajudá-lo a nos dizer [neste momento, o entrevistador mostra à criança um círculo em forma de relógio com 60 minutos e figuras geométricas que representam 30, 15 e 5 minutos]. Quantos minutos têm este relógio todo? O que dura 60 minutos? Algumas coisas duram 30 minutos. Qual destes pedaços representa 30 minutos? [A criança segura o relógio e coloca as peças nos lugares corretos.] O que você conhece que dura 30 minutos? Qual pedaço representa 15 minutos? O que você conhece que dura 15 minutos? Quantos minutos duram este último pedaço? [Mostrar o pedaço correspondente a 5 minutos.] O que você conhece que dura 5 minutos? Queremos que você nos conte as atividades que fez ontem e duraram 5 minutos ou mais. Vamos ver se conseguimos ter uma ideia do que dura 5 minutos ou mais.

Comercial de TV? (Criança responde mais ou menos de 5 minutos?)

Caminhar do carro até a escola? (Mais ou menos de 5 minutos?)

Escovar os dentes? (Mais ou menos de 5 minutos?)

Recreio? (Mais ou menos de 5 minutos?)

Almoçar? (Mais ou menos de 5 minutos?)

Você pode fazer uma atividade física por 5, 10, 20 ou mais de 60 minutos.

III. Tempo realmente em atividade

Às vezes, durante jogos ou atividades físicas, você pode parar e fazer outra coisa, como descansar ou esperar na fila. Nós estamos interessados somente no tempo em que você realmente fez atividade física. Por exemplo, se saiu para andar de bicicleta por 20 minutos, mas parou uma vez para entrar na casa de um amigo por 5 minutos, você de fato andou ativamente de bicicleta por 15 minutos.

IV. Introdução da lista de atividades

Vamos dividir o dia em 3 partes: antes da escola (aula), durante a escola e depois da escola. Para cada parte, vamos perguntar que atividade física você fez ontem, durante 5 minutos ou mais, usando uma lista [mostrar seção B do LAF]. Pode ser que você tenha feito alguma ou nenhuma dessas atividades físicas, não tem problema. Gostaríamos também de saber sobre as atividades físicas que você fez ontem e que não estejam na lista

V. Entrevista

A. Antes da escola

Pense sobre ontem no período da escola. Esse período vai desde que você acordou até o sinal da escola tocar para a aula começar e inclui atividades realizadas antes de a aula começar. O que você fez de modo geral ontem antes de ir para a escola? Algo especial antes da escola? Pense nas atividades físicas que você fez por 5 minutos ou mais ontem, antes da escola. [Use a lista de atividades do início ao fim perguntando somente sobre ontem ANTES DA ESCOLA. Dê uma breve explicação antes de perguntar sobre Caminhada, Corrida e Combinação de Caminhada e Corrida. Para cada atividade referida, pergunte se a criança sentiu sinais corporais de “dificuldade para respirar” ou “sensação de cansaço” nunca, às vezes ou na maior parte do tempo, anotando as iniciais N para nunca, AV para às vezes e MPT para maior parte do tempo nas colunas C, E e H.]

1. Você _____ ontem antes da escola por 5 minutos ou mais?
2. quantos minutos você realmente gastou _____?
3. Durante os _____ minutos em que estive _____, você sentiu “dificuldade para respirar” ou “sensação de cansaço” nunca, às vezes ou na maior parte do tempo?
4. Você _____ outras vezes antes da escola? [Caso a resposta seja afirmativa, repita a questão 2 perguntando **Quantos minutos você realmente gastou DESSA VEZ**, e anote na folha auxiliar. Some ps minutos e anote no questionário o tempo total.]

[Somente para a atividade Exercícios: flexões de braço, abdominais, polichinelos] Você incluiu em alguma outra atividade esse tempo que ficou realizando esses exercícios? Caso afirmativo, pergunte “**Qual atividade você fez?**” e repita as perguntas de 2 a 4.

*Antes de perguntar sobre o tempo de CAMINHADA e CORRIDA, explique:

Nós caminhamos e corremos muitas vezes durante o dia. Grande parte dessas atividades é curta, não dura nem 5 minutos. Vamos falar sobre o que você fez por 5 minutos ou mais, como fazer uma caminhada, andar até algum lugar ou levar seu cachorro para passear.

Antes de ir para a escola, você caminhou por mais de 5 minutos seguidos? Quando foi a primeira vez que você caminhou por mais de 5 minutos seguidos: Segunda vez? Alguma vez mais? Você incluiu em alguma outra atividade esse tempo que ficou caminhando? [Anote o número de vezes, some-as e faça um círculo no total. Repetir a sequência de perguntas para a atividade Corrida.]

*Antes de perguntar sobre COMBINAÇÃO DE CAMINHADA E CORRIDA, explique:

Às vezes, é possível correr por uns minutos e depois caminhar por uns minutos e em seguida correr um pouco mais.

Ontem, antes da escola, você fez alguma combinação de caminhada e corrida por mais de 5 minutos? Você incluiu em alguma outra atividade esse tempo que ficou caminhando/correndo?

*Na categoria OUTROS, pergunte sobre cursos, aulas extras e treinos.

Além do que já foi dito, você fez algum outro curso, aulas extras ou treinos ontem antes da escola?

B. Durante a escola

[Use a lista de atividades e pergunte sobre as realizadas DURANTE A ESCOLA ontem. Procure averiguar a intensidade. Ressalte que esse período vai desde o sinal da escola tocar para a aula começar até o sinal da escola tocar para a aula acabar. Durante a escola, não é necessário perguntar sobre atividade de número 17.]

1. Você _____ ontem durante a escola por 5 minutos ou mais?

[Para as atividades Exercícios, Caminhada, Corrida e Combinação de caminhada e corrida, perguntar se a criança já incluiu em outra atividade o tempo que ela gastou nessas atividades.]

2. Quantos minutos você realmente gastou _____?

3. Durante os _____ minutos em que esteve _____, você sentiu “dificuldade para respirar” ou “sensação de cansaço” nunca, às vezes ou na maior parte do tempo?

4. Você fez essa atividade durante o Recreio, Educação Física ou em outro momento após o sinal tocar para a aula começar? [Na coluna F, codifique EF e o número de minutos das atividades físicas realizadas durante a Educação Física; R e o número de minutos das atividades realizadas durante o recreio; NA e o número de minutos das atividades realizadas em qualquer outro momento durante o período escolar.]

5. Além do que já foi dito, você fez algum outro curso, aulas extras ou treinos ontem durante a escola?

C. Depois da escola

Esse é o período desde o sinal da escola tocar para a aula acabar até você ir dormir e inclui atividades realizadas na escola após o sinal tocar para a aula acabar. [Use a lista de atividades e pergunte sobre as realizadas ontem DEPOIS DA ESCOLA.]

1. Você _____ ontem, por 5 minutos ou mais, depois da escola?

[Para as atividades Exercícios, Caminhada, Corrida e Combinação de caminhada e corrida, perguntar se a criança já incluiu em outra atividade o tempo que ela gastou nessas atividades.]

2. Quantos minutos você realmente gastou _____?

3. Durante os _____ minutos em que esteve _____, você sentiu “dificuldade para respirar” ou “sensação de cansaço” nunca, às vezes ou na maior parte do tempo?

4. Além do que já foi dito, você fez algum outro curso, aulas extras ou treinos ontem depois da escola?

D. Atividades sedentárias

[Para ser pesquisado depois que a atividade física já tiver sido investigada.]

Agora vou lhe perguntar sobre televisão/vídeo e computador ou videogame ANTES DA ESCOLA.

Você assistiu televisão/vídeo por 5 minutos ou mais antes da escola ontem? Quanto tempo você ficou assistindo televisão/vídeo? Quais programas você assistiu? Você usou computador ou videogame por mais de 5 minutos ontem antes da escola? Quanto tempo ficou no computador ou videogame?

Agora vou lhe perguntar sobre televisão/vídeo e computador ou videogames DEPOIS DA ESCOLA.

Você assistiu televisão/vídeo por 5 minutos ou mais depois da escola ontem? Quanto tempo você ficou assistindo televisão/vídeo? Quais programas você assistiu? Você usou computador ou videogame por mais de 5 minutos ontem depois da escola? Quanto tempo ficou no computador ou videogame?

GUIA DE PERGUNTAS

1. Considere que a maioria das brincadeiras/jogos não é contínua. Não é necessário investigar o tempo parado em jogos como pique-bandeira, queimada ou jogos de revezamento.
2. Pergunte sobre tempo de descanso (de pausa). Subtraia do total e dê uma informação de retorno
3. Se forem mencionados treinos, subdivida-os e pergunte as características particulares. Faça anotações específicas separadamente.
4. Se um esporte praticado não for parte de um treino oficial de uma equipe, pergunte quanto tempo a criança esteve “no jogo” ou “realmente jogou”.

Seção A. Dados iniciais da entrevista

<p>A1. Etiqueta com dados da criança (nome, sexo, ID, turma, série)</p>	<p>A2. Iniciais do entrevistador; _____ A3. Data da entrevista: ___/___/___ A4. Hora de início da entrevista: ___ h ___ min A5. Hora de término: ___ h ___ min A6. Pergunte à criança: você teve aula de educação física ontem? Não.....1 Sim.....2 A7. Em caso afirmativo, quantos minutos durou a aula de educação física: _____min</p>
---	--

Seção B. Atividades

A. Atividade	B. Antes da escola	C. Nunca (N) Às vezes (AV) Na maior parte do tempo (MPT) N AV MPT	D. durante a escola	E. Nunca (N) Às vezes (AV) Na maior parte do tempo (MPT) N AV MPT	F. Educação Física (EF) Recreio (R) Nenhum dos anteriores (NA) EF R NA	G. Depois da escola	H. Nunca (N) Às vezes (AV) Na maior parte do tempo (MPT) N AV MPT
Andar de bicicleta							
Natação							
Ginástica olímpica: barras, trave de equilíbrio, acrobacias. Trampolim							
Basquete							
Beisebol/Softbol							
Futebol Americano							
Futebol							
Voleibol							

Esportes com raquete: tênis. Badminton							
Jogos com bola: queimada. taco. jogo de atirar e apanhar a bola							
Brincadeiras: Pega ladrão. pega pega. amarelinha. Parquinho							
Brincadeiras ao ar livre: subir em árvores. esconde-esconde							
Jogos aquáticos: piscina ou lago							
Pular Corda							
Dança							
Tarefas ao ar livre: cortar grama. juntar grama. jardinagem. lavar carro. lavar calçada							
Tarefas dentro de casa: passar pano no chão. passar aspirador. varrer							
Exercícios: Flexões de braço. abdominais. Polichinelos							
Caminhada							
Corrida							
Combinação de caminhada e corrida							

Outros (Algum curso. aulas extras ou treinos?)

	Antes da escola	Depois da escola
	I.1	I.2
Televisão/Vídeo	____ horas ____ minutos	____ horas ____ minutos
Computador e videogames	I.3	I.4
	____ horas ____ minutos	____ horas ____ minutos

Anote nas colunas B, D e G o tempo de engajamento, em minutos, de cada atividade relatada pela criança

Seção C: Avaliação da entrevista

C1. Avaliação geral da entrevista com o participante		C2. Atenção do participante	
Ruim	1	Ruim	1
Regular	2	Regular	2
Boa	3	Boa	3
Muito boa	4	Muito boa	4
Excelente	5	Excelente	5
C3. Habilidade do participante para se lembrar das atividades		C4. Habilidade do participante para estimar o tempo	
Ruim	1	Ruim	1
Regular	2	Regular	2
Boa	3	Boa	3
Muito boa	4	Muito boa	4
Excelente	5	Excelente	5
C5. Nível de cooperação		C6. Credibilidade da entrevista	
Ruim	1	Ruim	1
Regular	2	Regular	2
Boa	3	Boa	3
Muito boa	4	Muito boa	4
Excelente	5	Excelente	5

ANEXO IV – Comportamento sedentário

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Instituto de Biociências de Rio Claro

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade

QUESTIONÁRIO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

AGORA EU GOSTARIA QUE VOCÊ PENSASSE NAS ATIVIDADES QUE VOCÊ REALIZA NOS DIAS DE SEMANA. SEM CONTAR SÁBADO E DOMINGO

1. Você assiste televisão todos ou quase todos os dias?

(0) NÃO → Pule para 3

(1) SIM

2. Em um dia de semana normal. quanto tempo por dia você assiste televisão?

_____ horas _____ minutos por dia

3. Você usa computador na sua casa?

(0) NÃO → Pule para 5

(1) SIM

4. Em um dia de semana normal. quanto tempo por dia você usa computador na sua casa?

_____ horas _____ minutos por dia

5. Você trabalha fora de casa?

(0) NÃO → Pule para 7

(1) SIM

6. Em um dia de semana normal. quanto tempo por dia você fica sentado no seu trabalho?

_____ horas _____ minutos por dia

7. Você estuda em colégio. curso técnico. faculdade ou outro curso?

(0) NÃO → Pule para 9

(1) SIM

8. Em um dia de semana normal. quanto tempo por dia você fica sentado no seu colégio. curso técnico. faculdade ou outro curso?

_____ horas _____ minutos por dia

9. Você anda de carro. ônibus ou moto todos ou quase todos os dias?

(0) NÃO

(1) SIM

10. Em um dia de semana normal. quanto tempo por dia você fica sentado no carro. ônibus ou moto?

_____ horas _____ minutos por dia

APÊNDICE

APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Conselho Nacional de Saúde – Resolução 466/12)

Meu nome é Camilla Lie Higa (RG: 53.805.433-5). sou aluna de Mestrado do programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade. sob responsabilidade e orientação da Profa Dra. Priscila Missaki Nakamura.

Convidamos o (a) senhor (a) a participar da pesquisa intitulada: **“Influência de uma intervenção para promoção de saúde infantil em parceria com escolas públicas e SUS da cidade de Rio Claro – SP”**.

Este projeto tem por objetivo principal. verificar os efeitos de uma intervenção de breve aconselhamento (BA). de atividade física e alimentação saudável à família sobre a criança. em parceria com escolas públicas e o Sistema Único de Saúde (SUS). Para atingi-los. serão aplicados:

- a. Anamnese clínica
- b. Avaliações antropométricas
- c. Nível de atividade física (NAF)
- d. Comportamento sedentário
- e. Estado nutricional
- f. Conhecimento e comportamento saudável

Caso aceite participar dessa pesquisa como voluntário (a). serão realizadas entrevistas via questionários a cada 2 meses. e breve aconselhamento pelos professores e agentes de saúde. em 6 momentos – do 1º ao 6º mês. Conterão perguntas sobre sua idade. estado civil. renda. escolaridade; responderão a questionários que avaliarão o nível de atividade física. por meio do IPAq; de comportamento sedentário. elaborado pelo pesquisador; do estado nutricional baseado no guia alimentar; e de conhecimento e comportamento saudável que serão aplicados bimestralmente. Além disso. também será realizada uma avaliação antropométrica mensal pelos pesquisadores. de medidas da massa corporal e estatura. Para ambas as medidas deverá retirar os sapatos. acessórios e agasalhos. e em seguida. permanecer em pé. com a postura ereta. olhando para frente. com os braços estendidos e relaxados ao longo do corpo. Será utilizado a balança com estadiômetro anexado.

As avaliações serão aplicadas da seguinte forma:

- **1º mês:** 2 breve aconselhamento (BA) + questionários + avaliação antropométrica
- **2º mês:** 2 breve aconselhamento (BA) + avaliação antropométrica
- **3º mês:** 1 breve aconselhamento (BA) + avaliação antropométrica
- **4º mês:** 1 breve aconselhamento (BA) + questionários + avaliação antropométrica
- **5º mês:** 1 breve aconselhamento (BA) + avaliação antropométrica
- **6º mês:** 1 breve aconselhamento (BA) + questionários + avaliação antropométrica

Ao aceitar participar como voluntário (a) deste estudo esteja ciente de que todas as informações coletadas permanecerão confidenciais e serão utilizados somente para fins de pesquisa. A mesma por sua vez. apresenta riscos baixos. sendo que este está relacionado apenas ao constrangimento que possa vir a ter devido a alguma pergunta. Todavia. isso será evitado. pois serão realizados em local privado. sob supervisão do avaliador que levará em consideração as individualidades de cada participante. A participação é voluntária. e o (a) senhor (a) eventualmente poderá abandoná-la de acordo com seus desejos. sem qualquer tipo de dano ou punição. bem como não terão nenhuma despesa e remuneração.

A realização desta pesquisa nos ajudará a ver a influência da intervenção para promoção de saúde infantil no âmbito público. e analisar sua efetividade no município de Rio Claro - SP.

Após a leitura e esclarecimento deste Termo. se alguma dúvida persistir ou se o (a) senhor (a) julgar necessárias informações adicionais sobre qualquer aspecto deste projeto de pesquisa sinta-se à vontade para perguntar aos responsáveis e pesquisadores abaixo citados para que possamos esclarecer de forma satisfatória.

Se o (a) senhor (a) sentir-se suficientemente esclarecido sobre esta pesquisa - seus objetivos, eventuais riscos e benefícios, convido-o (a) a assinar este Termo de Consentimento, elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o (a) senhor (a) e outra com o pesquisador (a).

Dados da Pesquisa:

Título do Projeto: **“Influência de uma intervenção para promoção de saúde infantil em parceria com escolas públicas e SUS da cidade de Rio Claro – SP”**.

Pesquisador Responsável: Camilla Lie Higa

Instituição: UNESP Campus de Rio Claro - SP

Endereço: Avenida 24-A nº 1515 Bela Vista, CEP: 13506-900 Rio Claro - SP

Telefone: (19)982454894 **E-mail:** cah.lie@hotmail.com

Orientador (a): Prof^a Dra. Priscila Missaki Nakamura

Instituição: IFSUL de Minas Gerais – Campus Muzambinho

Endereço: Estrada de Muzambinho, km 35 – Bairro Morro Preto, CEP: 37890-000 Muzambinho - MG

Telefone: (35)35715051 **E-mail:** pri_nakamura@yahoo.com.br

CEP-IB/UNESP-CRC

Av. 24A, nº 1515 – Bela Vista – 13506-900 – Rio Claro/SP

Telefone: (19) 35269678

Dados de identificação do participante da Pesquisa:

Nome

Responsável: _____

Documento de Identidade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: F () M ()

Endereço: _____ CEP: _____

Telefone para contato: _____

Rio Claro, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do Participante

Prof^a Dra. Priscila Missaki Nakamura

Camilla Lie Higa

APÊNDICE II – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **“Influência de uma intervenção para promoção de saúde infantil em parceria com escolas públicas e SUS da cidade de Rio Claro – SP”**. Seus pais permitiram que você participe.

Queremos saber se o breve aconselhamento (BA), de atividade física e alimentação saudável a toda família e a criança vai dar certo.

As crianças que irão participar desta pesquisa têm de 6 a 10 anos de idade.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser. É um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita na sua própria escola, onde as crianças responderão perguntas sobre atividade física, comportamento sedentário e estado nutricional de 2 em 2 meses. Além disso, o pesquisador medirá sua altura, peso, quadril e cintura.

Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones (19)35264331 ou (19)982454894.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as suas informações.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar.

CEP-IB/UNESP-CRC

Av. 24A, nº 1515 – Bela Vista – 13506-900 – Rio Claro/SP

Telefone: (19) 35269678

Eu, _____, aceito participar da pesquisa **“Influência de uma intervenção para promoção de saúde infantil em parceria com escolas públicas e SUS da cidade de Rio Claro – SP”**.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar chateado ou brigar comigo.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus pais.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar.

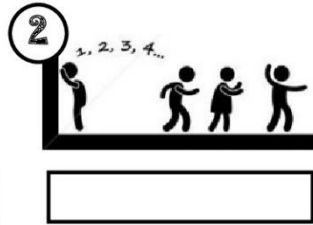
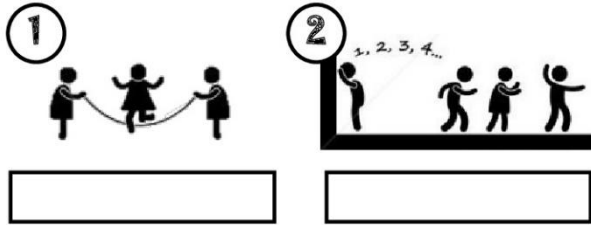
Rio Claro, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do(a) menor

Assinatura do(a) pesquisador(a)

APÊNDICE III – Folder da intervenção de Breve Aconselhamento

Quais brincadeiras são essas?



R.: 1. Pula-corda; 2. Pega-pega; 3. Pega-pega

Breve Aconselhamento



MOVA-SE! BRINCAR FAZ BEM

Atividade Física faz bem.
Pratique você também!

Guia para um estilo de vida saudável



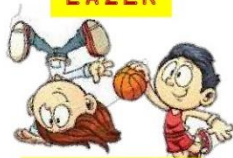
Atividade Física - toda prática de atividade que você gaste energia



LAZER



DOMÉSTICO



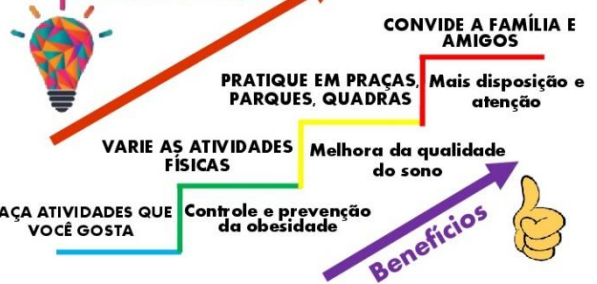
ESPORTES



TRANSPORTE



COMO COMEÇAR?



Breve Aconselhamento



Atividade Física faz bem.
Pratique você também!



Guia para uma alimentação saudável



Alimentação Saudável- Padrão alimentar que atende às necessidades biológicas e socioculturais do indivíduo, de acordo com cada faixa etária



PRATIQUE
Atividade Física!



Tempo de Atividade Sedentária na semana

Período	S E G	T E R	Q U A	Q U I	S E X	S Á B	D O M
Manhã							
Tarde							
Noite							

Acumule pelo menos 3 brincadeiras por dia!
Acumule 30 minutos de atividade física todo dia!



Breve Aconselhamento



Atividade Física faz bem.
Pratique você também!

Diminuindo o Comportamento Sedentário



Comportamento sedentário - atividades de baixo gasto energético, como o tempo sentado, deitado, utilizando o computador e assistindo TV

SUBSTITUA

30min TV, Videogame → 30min Atividade Física

A melhor atividade física é aquela que você gosta e faz!!!!



Faça por saúde! Faça por lazer! Faça por você!

Tempo de Atividade Sedentária na semana

Período	S	T	Q	Q	S	S	D
	E	E	U	U	E	A	O
	G	R	A	I	X	B	M
Manhã							
Tarde							
Noite							

Acumule pelo menos 3 brincadeiras por dia!
Acumule 30 minutos de atividade física todo dia!



Breve Aconselhamento



Atividade Física faz bem.
Pratique você também!

Diminuindo ingestão de alimentos não saudáveis



Macronutrientes presentes nos alimentos para o fornecimento de calorias/energia.

Problemas da alta ingestão calórica



SUBSTITUA



Faça por saúde! Faça por lazer! Faça por você!

Tempo de Brincadeira/Atividade Física na semana

Período	S E G	T E R	Q U A	Q U I	S E X	S A B	D O M
Manhã							
Tarde							
Noite							

Acumule pelo menos 3 brincadeiras por dia!
Acumule 30 minutos de atividade física todo dia!



Breve Aconselhamento



Atividade Física faz bem.
Pratique você também!

O importante é se movimentar!



1 Organize melhor seu tempo
Reserve pelo menos 15 minutos para brincar com seu(sua) filho(a)

↓
TV
Sentado
Deitado

2 Faça mais Atividade Física
Onde e quando eu posso me exercitar?

LAZER CASA TRABALHO
TRANSPORTE ESCOLA



3 Consuma mais alimentos saudáveis



Aumente e varie o consumo de frutas, legumes e verduras



Pense no equilíbrio da balança



Diminua as calorias ingeridas e aumente o tempo de atividade física

Brinque de se exercitar com seu(sua) filho(a) pelo menos 15 minutos, se possível 2 a 3 vezes por dia

→ Caminhe os 2 últimos quarteirões até a ESCOLA

← Ensine a eles brincadeiras de sua época

→ Separe o fim de semana para praticar ESPORTE em família



Descrição de Brincadeira/Atividade Física na semana

Dias da semana	Atividades realizadas em família
SEG	
TER	
QUA	
QUI	
SEX	
SAB	
DOM	

Acumule pelo menos 3 brincadeiras por dia!
 Acumule 30 minutos de atividade física todo dia!



Breve Aconselhamento



Atividade Física faz bem.
 Pratique você também!

Recomendações para Atividade Física e Alimentação Saudável



Lugares para se Brincar e praticar Atividade Física

Onde posso brincar e/ou praticar atividade física
Pátio da Escola
Praças do seu Bairro
Quintal de casa
Parque da Cidade
Horto Florestal
Academias ao ar livre

Acumule pelo menos 3 brincadeiras por dia!
Acumule 30 minutos de atividade física todo dia!



Breve Aconselhamento



Atividade Física faz bem.
Pratique você também!

Transpondo barreiras

- 1 Trace metas e objetivos de curto prazo, e aumente aos poucos o tempo das atividades e melhorando sua alimentação.
- 2 Então trace metas a curto e longo prazo. Lembre-se e tenha prioridades.
- 3 Olhe para frente e não para trás. Quantos dias podemos caminhar na semana que vem?

PROGRAME-SE: AGENDE UM HORÁRIO

Período	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM
Manhã							
Tarde							
Noite							



APÊNDICE IV – Anamese Clínica

unesp  UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Instituto de Biociências de Rio Claro

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade

ANAMNESE CLÍNICA

Nome do responsável:

Data de nascimento:

Convênio médico:

Escolaridade:

Endereço:

Telefone residencial:

Telefone celular:

Nome da criança:

Data de nascimento:

Convênio médico:

Escolaridade:

1. Você fuma. ou fumou por um curto/ longo período de sua vida?

() SIM

Quanto tempo?

Quantos cigarros por dia?

() NÃO

2. Você ingere algum tipo de bebida alcoólica?

() SOCIALMENTE () MODERADAMENTE () EXCESSIVAMENTE

Frequência semanal:

Tipo de bebida:

() NÃO

3. Você pratica alguma atividade física?

() SIM

Atividade:

Intensidade:

Tempo de sessão:

Frequência semanal:

() NÃO

4. Um médico já disse que você tinha alguns dos problemas que se seguem:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca coronariana | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca reumática | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca congênita | <input type="checkbox"/> Hipertensão |
| <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca | <input type="checkbox"/> Câncer |
| <input type="checkbox"/> Problema nas válvulas cardíacas | <input type="checkbox"/> Depressão |
| <input type="checkbox"/> Murmúrios cardíacos | <input type="checkbox"/> Hipertireoidismo |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Labirintite |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Artrite |
| <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> Artrose |
| <input type="checkbox"/> Outros – Especifique: | |

5. Um médico já disse que a criança tinha alguns dos problemas que se seguem:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca coronariana | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca reumática | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca congênita | <input type="checkbox"/> Hipertensão |
| <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca | <input type="checkbox"/> Câncer |
| <input type="checkbox"/> Problema nas válvulas cardíacas | <input type="checkbox"/> Depressão |
| <input type="checkbox"/> Murmúrios cardíacos | <input type="checkbox"/> Hipertireoidismo |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Labirintite |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Artrite |
| <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> Artrose |
| <input type="checkbox"/> Outros – Especifique: | |

6. Algum parente próximo (pai, mãe, irmãos) apresentou ocorrência ou suspeita de ter apresentado algumas destas condições? Por favor, indique o grau de parentesco.

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cardiopatia | Grau de parentesco: |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> AVC | |

7. Em geral, como o Sr.(a) considera sua saúde?

- Excelente
 Muito boa
 Boa
 Ruim
 Muito ruim

8. Em geral, como o Sr.(a) considera a saúde da criança?

- Excelente
 Muito boa
 Boa
 Ruim
 Muito ruim

APÊNDICE V – Estado nutricional

Instituto de Biociências de Rio Claro

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade

ESTADO NUTRICIONAL**SESSÃO A – voltada para os responsáveis da criança**

1. O senhor (a) ingere alimentos in natura ou minimamente processados? Como por exemplo. folhas. frutos. ovos. leite. grãos. raízes. tubérculos.

- () SEMPRE
- () QUASE SEMPRE
- () AS VEZES
- () QUASE NUNCA
- () NUNCA

2. Em sua dieta. o senhor (a) utiliza óleos. gorduras. sal e açúcar em:

- () EXCESSO
- () BASTANTE
- () MODERADAMENTE
- () POUCO
- () MUITO POUCO

3. O senhor (a) ingere alimentos processados? Como por exemplo. conserva de legumes. compota de frutas. queijos. pães.

- () SEMPRE
- () QUASE SEMPRE
- () AS VEZES
- () QUASE NUNCA
- () NUNCA

4. O senhor (a) ingere alimentos ultra processados? Como por exemplo. bolachas e biscoitos. salgadinhos de pacote. lanches. pizzas. refrigerantes.

- () SEMPRE
- () QUASE SEMPRE
- () AS VEZES

QUASE NUNCA

NUNCA

5. O senhor (a) cozinha em sua casa com que frequência?

SEMPRE

QUASE SEMPRE

AS VEZES

QUASE NUNCA

NUNCA

6. Quantas refeições o senhor (a) realiza por dia?

2 refeições

3 refeições

4 refeições

5 refeições

mais de 5 refeições

7. O senhor (a) tem o costume de comer no mesmo horário?

SEMPRE

QUASE SEMPRE

AS VEZES

QUASE NUNCA

NUNCA

8. O senhor (a) tem o costume de sentar-se a mesa para realizar as refeições?

SEMPRE

QUASE SEMPRE

AS VEZES

QUASE NUNCA

NUNCA

9. O senhor (a) realiza compras com que frequência?

DIARIAMENTE

SEMANALMENTE

A CADA 15 DIAS

MENSALMENTE

NENHUMA DAS OPÇÕES

10. O senhor (a) realiza essas compras em que lugares? * pode assinalar mais de um

- MERCADO
- QUITANDA
- FEIRA
- MERCEARIA
- ATACADO
- ARMAZÉM

11. O senhor (a) possui horta em sua casa?

- SIM
- NÃO

SESSÃO B – voltada para a criança

1. Você ingere alimentos in natura ou minimamente processados? Como por exemplo. folhas. frutos. ovos. leite. grãos. raízes. tubérculos.

- SEMPRE
- QUASE SEMPRE
- AS VEZES
- QUASE NUNCA
- NUNCA

2. Em sua dieta. você utiliza óleos. gorduras. sal e açúcar em:

- EXCESSO
- BASTANTE
- MODERADAMENTE
- POUCO
- MUITO POUCO

3. Você ingere alimentos processados? Como por exemplo. conserva de legumes. compota de frutas. queijos. pães.

- SEMPRE
- QUASE SEMPRE
- AS VEZES
- QUASE NUNCA
- NUNCA

4. Você ingere alimentos ultra processados? Como por exemplo. bolachas e biscoitos. salgadinhos de pacote. lanches. pizzas. refrigerantes.

- SEMPRE
- QUASE SEMPRE
- AS VEZES
- QUASE NUNCA
- NUNCA

5. Quantas refeições você realiza por dia?

- 2 refeições
- 3 refeições
- 4 refeições
- 5 refeições
- mais de 5 refeições

6. Nos seus lanches, você costuma comer:

- Frutas
- iogurtes
- Salgadinhos
- Doces
- Pães

7. Você tem o costume de comer no mesmo horário?

- SEMPRE
- QUASE SEMPRE
- AS VEZES
- QUASE NUNCA
- NUNCA

8. Você tem o costume de sentar-se a mesa para realizar as refeições?

- SEMPRE
- QUASE SEMPRE
- AS VEZES
- QUASE NUNCA
- NUNCA

9a. Você costuma pedir as coisas de comer que vê na televisão?

- SIM
- NÃO

9b. Se sim, o seu responsável costuma comprar para você?

() SIM

() NÃO

APÊNDICE VI – Conhecimento e comportamento saudável

Instituto de Biociências de Rio Claro

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade

CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO SAUDÁVEL**1. Você tem hábito de aferir sua pressão arterial. nível de colesterol e glicemia com frequência?** SIM NÃO**2. Você pratica atividade física?** SIM NÃO**3. Você passa o dia mais tempo sentado/deitado do que em pé?** SIM NÃO**4. Você costuma frequentar parques. praças. academias ao ar livre?** SIM NÃO**5. Você acredita que ao dia quantas refeições são necessárias?** 2 refeições 3 refeições 4 refeições 5 refeições 6 refeições**6. Você realiza quantas refeições ao dia?** 2 refeições 3 refeições 4 refeições 5 refeições 6 refeições**7. Você costuma higienizar os alimentos (legumes. frutas. verduras) antes de ingeri-los?** SIM NÃO**8. Você tem hábito de beber água com frequência?** SIM NÃO**9. Você costuma fazer refeições caseiras?** SIM NÃO**10. Você costuma realizar as refeições em família (com todos a mesa)?** SIM NÃO**11. Você costuma fazer programas em família?** SIM NÃO**12. Para você. obesidade é uma doença?** SIM NÃO**13. Você considera crianças “gordinhas” mais saudáveis que crianças magras?**

SIM NÃO

14. Você acredita que a obesidade pode acompanhar o crescimento da criança tornando-o um adolescente e um adulto obeso?

SIM NÃO

15. Você acredita que uma criança mais “gordinha” está sendo mais bem cuidada?

SIM NÃO

16. Você acha que a família pode influenciar a vida da criança?

SIM NÃO

17. Você acha que a escola pode influenciar a vida da criança?

SIM NÃO

APÊNDICE VII – Avaliação das escolas e o SUS

unesp  UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Instituto de Biociências de Rio Claro

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE EQUIPE

Nome completo: _____ Idade (anos): _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Qual sua profissão: _____

Nome da escola/ PSF que atua: _____

Quanto tempo atua nessa profissão: _____ meses _____ anos

Quantas horas você trabalha na semana na escola/PSF? _____

Além desse trabalho, você atua em outro lugar? _____

Graduação: _____ Pós-Graduação _____

Estado civil: () solteiro () casado/amasiado () viúvo () divorciado

Você tem filhos? Se sim, quantos: _____

Você pratica atividade física?

() Sim - Quais atividades físicas você realiza? _____

Quantas vezes na semana? _____

Quanto tempo realiza cada atividade no dia? _____

() Não

Você se preocupa com a sua alimentação?

() Sim () Não

1. O que você entende por promoção de saúde?

R:

2. Você conhece o programa Saúde na Escola?

() Sim () Não

3. No seu ponto de vista, qual a importância da parceria entre escola e USF para promoção de saúde infantil?

R:

4. Quais poderiam ser as vantagens e desvantagens dessa parceria **à nível administrativo**?

R:

5. Quais poderiam ser as vantagens e desvantagens dessa parceria **à nível pessoal/profissional**?

R:

6. Você teria alguma sugestão para melhorar essa intervenção?

R:

7. Você acredita que haverá um grande envolvimento dos funcionários e professores na execução dessa intervenção no seu âmbito de trabalho?

R:

8. De um valor de 0 (zero) à 10 (dez) o quanto você acredita que essa intervenção conseguiu atingir o objetivo de aumentar o nível de atividade física e melhorar a alimentação das crianças.

R:

9. No seu local de trabalho já houve algum tipo de intervenção com parceria de outras secretarias? Se sim, quais? Houve sucesso nessa parceria?

R:

10. Houve dificuldades nessa parceria? Por quê?

R:

11. Você acredita que a estratégia adotada tem sido efetiva? Se sim, por quê? E se não, qual possível estratégia você recomendaria?

R: