



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

ANA CAROLINA VIRANDA PEREIRA LOPES

**AVALIAÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA E PROPOSTA DE
FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO DE ESCOLARES
COM NECESSIDADES DE CUIDADO NUTRICIONAL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Justini Papini.
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Antonieta Barros Leite Carvalhaes.

Botucatu
2016

ANA CAROLINA VIRANDA PEREIRA LOPES

**AVALIAÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA E PROPOSTA DE
FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO DE ESCOLARES COM
NECESSIDADES DE CUIDADO NUTRICIONAL**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Justini Papini.
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Antonieta Barros Leite Carvalhaes.

Botucatu
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Lopes, Ana Carolina Viranda Pereira.

Avaliação de hábitos de vida e proposta de fluxograma de encaminhamento de escolares com necessidades de cuidado nutricional : hábitos alimentares de escolares / Ana Carolina Viranda Pereira Lopes. - Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Silvia Justina Papini

Coorientador: Maria Antonieta Barros Leite Carvalahe

Capes: 40406008

1. Obesidade nas crianças. 2. Nutrição - Avaliação.
3. Saúde escolar. 4. Diagrama de fluxo de dados.

Palavras-chave: Obesidade Infantil; Saúde escolar; Saúde pública.

ANA CAROLINA VIRANDA PEREIRA LOPES

**AVALIAÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA E PROPOSTA DE
FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO DE ESCOLARES COM
NECESSIDADES DE CUIDADO NUTRICIONAL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Justini Papini.
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Antonieta Barros Leite Carvalhaes.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Silvia Justini Papini
Orientadora
Faculdade de Medicina - UNESP

Profa. Dra. Vera Lucia Pamplona Tonete
Faculdade de Medicina - UNESP

Profa. Dra. Fernanda Cristina Manzini Sleutjes
Faculdade Sudoeste Paulista

Botucatu, 19 de fevereiro de 2016.

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente o amor e incentivo de minha avó Ady Alves Pereira Viranda, mulher de garra que me educou para sempre buscar ser melhor e a nunca desistir de meus sonhos;

À minha mãe Eliete Maria Alves Viranda e ao meu marido Cesar Geraldi Lopes Filho, por me darem suporte para seguir em frente;

À minha família, por acreditarem no meu trabalho;

À amiga Camila Correa por me fazer acreditar em minha capacidade;

À Deus, por me permitir estar sempre no caminho certo.

APRESENTAÇÃO

Após concluir a graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) em 2008, iniciei a Especialização em Cuidado Pré Natal e Gestão em Enfermagem, pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), e Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela Universidade do Sagrado Coração (USC). Em 2009 fui aprovada no processo seletivo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), no qual pude realizar estágio eletivo no Centro de Atendimento à Obesidade Infantil de Marília (CAOIM), instituição fundada em 2006. Com esta experiência, vi crianças e adolescentes (de 07 a 17 anos) com excesso de peso (sobrepeso e obesidade), comprometidos com o programa desenvolvido pelo CAOIM, participando ativamente de sua mudança em hábitos de vida. Além disso, os responsáveis por levar as crianças ao Centro, também participavam das atividades: exercícios que envolviam desde um simples jogo de futebol até gincanas, que faziam pais, avós, mães, tios a passarem por debaixo de cadeiras rastejando, pular cordas, jogar amarelinha, bambolear, pular em pneus. As crianças e seus responsáveis também participavam de palestras com a equipe multiprofissional, e aprendiam sobre a escolha dos alimentos, os benefícios da atividade física, ergonomia, saúde bucal, higiene e qualidade de vida, além de aspectos psicológicos, estes últimos trabalhados na coletividade e individualmente (tanto com a criança quanto com o responsável).

O CAOIM também proporcionava às crianças e seus responsáveis, a experiência de aproximação com os sabores e texturas de alimentos. Eram experiências multissensoriais. Envolviam a prova de hortaliças e frutas, o tato e aroma de alimentos com características a serem adivinhados, e tudo isso aliado à surpresa, pois tanto os pais como as crianças vendavam seus olhos antes de iniciar a brincadeira. Diante disto, me interessei pela obesidade infantil, pelo contexto social em que vivem as crianças, a dinâmica familiar e os hábitos alimentares.

Em 2011 ingressei como Enfermeira da Prefeitura Municipal de Bauru, inicialmente na Divisão de Vigilância Sanitária, tendo sido posteriormente transferida para a Divisão de Vigilância Epidemiológica, local em que continuo minha atuação como chefe da Seção de Doenças Transmissíveis e Agravos Inusitados à Saúde.

Em 2013, com o ingresso no Programa de Pós Graduação em Enfermagem-Curso de Mestrado Profissional, tive a oportunidade de aprofundar os conhecimentos

no tema de interesse sobre o cuidado nutricional de escolares, com a possibilidade de desenvolver uma proposta de fluxograma de encaminhamento, voltada a aprimorar as ações intersetoriais Saúde-Educação.

RESUMO

LOPES, A. C. V. P. **Avaliação de hábitos de vida e proposta de fluxograma de encaminhamento de escolares com necessidades de cuidado nutricional**. 2016. 60 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina de Bauru, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

A obesidade é definida como patologia crônica que se caracteriza pelo excesso de gordura corporal em relação à massa magra, sendo o sobrepeso definido como proporção relativa de peso maior que a desejável para a altura. A perspectiva brasileira é de que haja cerca de três milhões de crianças menores de 10 anos com excesso de peso, com 95% dos casos relacionados à má ingestão alimentar e 5% relacionados a fatores endógenos. O objetivo do presente estudo foi analisar a atenção à saúde nutricional de crianças de escolas públicas, em relação à alimentação, atividade física e estado de saúde, com vistas à proposição de aprimoramento de ações intersetoriais. O estudo foi do tipo epidemiológico, descritivo, transversal sobre hábitos de vida de crianças em idade escolar, no município de Bauru, situado na região centro-oeste do estado de São Paulo. Na caracterização do cenário escolar, o universo foi composto de 46 escolas de ensino fundamental, sendo 16 municipais e 30 estaduais, sendo que destas, participaram efetivamente do estudo 6 escolas municipais e 11 escolas estaduais. Os dados foram colhidos nas escolas por meio do envio de questionários aos responsáveis das crianças sorteadas para o estudo. Os professores representantes forneceram os dados referentes à conduta das escolas, por meio de questionário. Para caracterização da Alimentação Escolar, foi realizada uma visita ao setor responsável, e aplicação de um questionário à chefia da Seção de Alimentação de Unidades Escolares. Por fim, foi construído *check-list* para analisar o fornecimento de alimentos das cantinas particulares, existentes no interior das escolas públicas estaduais. Diante do observado pela presente pesquisa, verificou-se que não existe rotina de acompanhamento da saúde dos escolares na faixa etária estudada. O que se observa é a procura por atendimento em situações emergenciais. Considerando que o problema nutricional existe e passa despercebido, podendo se agravar com o passar da idade, existe a necessidade de estabelecer um fluxo de encaminhamento da criança com excesso de peso para atendimento e acompanhamento de saúde visando minimizar ou recuperar os riscos decorrentes desta condição nutricional. **Produto:** É sabido que o processo de mudança de hábito é extremamente complexo, e deve envolver toda a família da criança. Diante desta situação, dá-se a necessidade de ações intersetoriais, no intuito de atuar sobre os determinantes nutricionais e de saúde desta população. Apresenta-se assim, proposta de organização (na forma de um fluxograma) do cuidado nutricional dirigido a escolares, tendo como campo centralizador das ações as Unidades Básicas de Saúde e de Saúde da Família do município de Bauru.

Palavras-chave: Saúde Pública. Saúde Escolar. Obesidade Infantil.

ABSTRACT

LOPES, A. C. V. P. **Evaluation lifestyle and proposed school forwarding flowchart nutritional care needs**. 2016. 61 f. Dissertation (Masters in Nursing) - Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

Obesity is defined as a chronic disease that is characterized by an excess of body fat relative to lean body mass and overweight defined as the relative proportion of higher weight than desirable for the height. The Brazilian perspective is that there are about three million children under 10 years old are overweight, with 95% of cases related to poor food intake and 5% related to endogenous factors. The aim of this study was to analyze the attention to nutritional health of public school children in relation to diet, physical activity and health, with a view to enhancing proposition intersectoral action. The study was an epidemiological, descriptive, cross-over lifestyle habits of school children in the city of Bauru, located in the midwestern region of the state of São Paulo. In characterizing the school environment, the universe was composed of 46 elementary schools, 16 from the city and 30 state, and of these, actually participated in the study 6 from the city public schools and 11 state schools. Data were collected in schools by sending questionnaires to the heads of children randomly selected for the study. Representatives teachers provided data relating to the conduct of schools, through a questionnaire. To characterize the School Feeding, a visit to the responsible sector and application of a questionnaire to the head of the School Units Food section was performed. Finally, it was built checklist to analyze the supply of food from private canteens, existing within the public state schools. Before observed by this research, it was found that there is no health monitoring routine of school in the age group studied. What is observed is the demand for care in emergency situations. Whereas the nutritional problem and goes unnoticed and can worsen with increasing age, there is a need to establish a child forwarding flow overweight to care and health monitoring to minimize or recover the risks of this nutritional status. **Product:** It is known that the habit of switching process is extremely complex, and should involve all the child's family. In this situation gives the need for intersectoral action in order to act on the nutritional determinants and health of this population. It presents well, organization proposal (in the form of a flowchart) of nutritional care directed at school, with the centralizer field of action Basic Health Units and Family Health Units.

Keywords: Public Health. School Health. Pediatric Obesity.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	12
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	MÉTODO	14
3.1	Delineamento do estudo	14
3.2	Local do estudo	14
3.3	Casuística	16
3.3.1	População alvo do estudo e calculo amostral	16
3.4	Coleta de dados	18
3.5	Análise dos dados	20
3.6	Aspectos éticos	20
4	RESULTADOS	21
5	DISCUSSÃO	29
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
	REFERÊNCIAS	36
	APÊNDICE A - Quadro de Acompanhamento de Escolares (Peso, Altura e Índice de Massa Corporal- IMC)	39
	APÊNDICE B - Encaminhamento nutricional	40
	APÊNDICE C - Questionário aos Pais/Responsáveis pelas crianças	41
	APÊNDICE D - Questionário aos Professores	52
	APÊNDICE E- Questionário da Alimentação Escolar	53
	APÊNDICE F - <i>Check-list</i> Cantinas	54
	APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Pais)	55
	APÊNDICE H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (professores)	56
	APÊNDICE I - Produto: Fluxograma de Encaminhamento de Escolares com Necessidades de Cuidado Nutricional	57

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é definida como patologia crônica que se caracteriza pelo excesso de gordura corporal em relação à massa magra, sendo o sobrepeso definido como proporção relativa de peso maior que a desejável para a altura. É considerado na atualidade, um desafio mundial, por representar redução da expectativa de vida e aumento dos custos dos serviços de saúde¹.

O envolvimento de fatores ambientais, psicossociais, orgânicos e socioeconômicos torna a etiologia da obesidade multifatorial e complexa, apontada como fator de risco à saúde².

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³, a Pesquisa de Orçamento Familiar mostra que em todas as regiões do Brasil, em todas as faixas etárias e de renda, o percentual de pessoas com excesso de peso e obesas aumentou continuamente e significativamente nos últimos anos. De acordo com a pesquisa, o sobrepeso atinge mais de 30% das crianças entre cinco e nove anos de idade.

A perspectiva brasileira é de que haja cerca de três milhões de crianças menores de 10 anos com excesso de peso, com 95% dos casos relacionados à má ingestão alimentar e 5% relacionados a fatores endógenos. Há estimativa de que 80% das crianças obesas serão obesas quando adultas e poderão apresentar transtornos metabólicos como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, dislipidemias e diabetes⁴.

Sabe-se, também, que crianças com tais distúrbios nutricionais, podem desenvolver grande número de problemas psicológicos, como baixa autoestima, autoimagem negativa, diminuição da autoconfiança, depressão, dificuldade de relacionamento com os pares e familiares, discriminação e isolamento social⁵, o que permite inferir que, como consequência, poderá haver redução da qualidade de vida desta população, além de oneração às famílias e cofres públicos por meio de tratamentos, cirurgias, internações ou mesmo a morte.

No Brasil, este distúrbio nutricional é entendido como problema de Saúde Pública, e é confirmado pelo fato de o Ministério da Saúde considerar como criança de risco adquirido/associado para vigilância à saúde, aquela com sobrepeso/obesidade, devido à grande probabilidade de adoecimento e morte relacionados a esta condição na infância⁶. Esta instância federal propôs recentemente

a priorização, no âmbito do Programa Saúde nas Escolas (PSE), ações contra obesidade infantil, as quais devem ser desenvolvidas por equipes da rede básica municipal de saúde, que se deslocarão até a escola para examinar as crianças e desenvolver práticas educativas de promoção, prevenção e avaliação das condições de saúde⁷.

O Programa Saúde na Escola (PSE)⁸ foi instituído no Brasil, por meio do Decreto 6286 de 05 de Dezembro de 2007, e entre seus objetivos destaca-se a promoção de saúde reforçando a prevenção de agravos e fortalecimento entre as redes públicas de saúde e educação; a articulação de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação básica pública visando ampliar o alcance e impacto das ações relativas aos estudantes e suas famílias; a promoção de comunicação entre escolas e unidades de saúde, no intuito de assegurar a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes.

As ações de saúde do PSE consideram a promoção, prevenção e assistência e devem estar articuladas com a rede de educação pública, em conformidade com os princípios do SUS, podendo compreender algumas ações, dentre elas: avaliação clínica e nutricional, promoção da alimentação saudável e atividade física.

No município de Bauru, foi firmado compromisso em 2013, entre as Secretarias municipais de Saúde e de Educação, representadas pelos seus secretários, pactuando e formalizando as responsabilidades e metas inerentes à execução do PSE, nos territórios de responsabilidades, objetivando o desenvolvimento das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares, para recebimento dos recursos financeiros e materiais.

O prazo para a realização das ações pactuadas no instrumento tem a vigência de 12 meses a contar da data de assinatura. As secretarias municipais de Educação e Saúde comprometeram-se a constituir Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM) responsáveis pela gestão do PSE no território, composto minimamente pelos Secretários da Saúde e Educação, por representantes da Atenção Básica e da Educação Básica, além de outros atores definidos a partir da análise situacional e identificação das vulnerabilidades locais; promover a articulação do PSE com os projetos político-pedagógicos das escolas envolvidas no programa; definir estratégias específicas de cooperação entre estados e municípios para a gestão do cuidado dos escolares identificados com necessidades de saúde; encaminhar o termo de compromisso municipal do PSE aos conselhos municipais de saúde, e de Educação,

quando houver, e à comissão Intergestores Bipartite (CIB) de seu Estado, para homologação. O termo firmou ações e metas a serem contempladas no prazo de 12 meses da data de assinatura do Termo de Compromisso Municipal do PSE em 3 escolas com a participação de 3 equipes da atenção básica, sendo que as ações essenciais foram: Componente I (avaliação antropométrica, avaliação da saúde bucal, avaliação oftalmológica, verificação da situação vacinal, identificação de educandos com possíveis sinais de alteração na audição); Componente II (promoção da segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, promoção da cultura de paz e direitos humanos, promoção de saúde mental no território escolar: criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTIM, saúde e prevenção nas escolas (SPE): direito sexual e reprodutivo e prevenção das DST/AIDS, saúde e prevenção nas escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas), Componente III (capacitar os profissionais em Vigilância Alimentar e Nutricional, capacitar os profissionais para trabalhar com as temáticas de promoção da alimentação saudável, capacitar os profissionais para trabalhar com direitos sexuais e direitos reprodutivos e prevenção das DST/AIDS, capacitar os profissionais para trabalhar com as temáticas: Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas).

O município de Bauru aderiu ao PSE em 2013 e em 2014, porém teve dificuldades no cumprimento da ação essencial da avaliação oftalmológica. Por este motivo, não renovou a parceria com o Programa, encerrando suas atividades em 2015, perdendo, portanto, a articulação entre as Secretarias municipais de Saúde e Educação.

Em atenção à problemática da Obesidade Infantil, em 17 de junho de 2009, foi publicada a Lei Federal nº 11.947⁹, que trata sobre o atendimento da alimentação escolar, e tem como uma de suas diretrizes a inclusão da educação alimentar e nutricional no processo de ensino-aprendizagem, na perspectiva da segurança alimentar e nutricional; visando contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis dos alunos.

A relevância do tema como foco das políticas públicas se faz presente também, ao se considerar a Portaria nº 424 de 19 de março de 2013¹⁰, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Em seu artigo 2º, refere que esta rede observará diretrizes, dentre as quais

se destacam os incisos: V- investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade; VI - articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias, e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável; VIII - formação de profissionais de saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e da obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Frente a esta realidade, alguns municípios adotaram como estratégia a formulação de leis para adequar a oferta de alimentos pelas escolas e suas respectivas cantinas, pertencentes às prefeituras sob coordenação das merendas escolares. O município de Bauru, localizado na região Centro-Oeste, interior de São Paulo, manteve-se a favor do posicionamento nacional, mediante as legislações existentes no âmbito federal, e organizou o Serviço da Merenda Municipal de acordo com as orientações e definições do Ministério da Saúde.

De acordo com estes dados, dá-se a importância da Educação em Saúde, para o envolvimento da criança e de sua família, na mudança de hábitos (alimentares, de atividade física). Neste cenário, emergiu-se a intenção de se aprofundar o estudo sobre a situação das crianças com sobrepeso e obesidade no município de Bauru, em que a pesquisadora atua como enfermeira na rede primária de atenção à saúde, bem como, obter subsídios e elaborar uma proposta de fluxo de encaminhamento de escolares com necessidades nutricionais.

2 OBJETIVOS

Apresenta-se nos tópicos abaixo o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa.

2.1 Objetivo geral

Analisar a atenção à saúde nutricional de crianças de escolas públicas, em relação à alimentação, atividade física e estado de saúde, com vistas à proposição de diretrizes para o aprimoramento de ações intersetoriais.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

- a) descrever a rotina do setor de Alimentação Escolar Municipal aos escolares do ensino público;
- b) descrever os alimentos disponíveis nas cantinas existentes no interior das escolas;
- c) descrever a organização atual da rede básica de atenção à saúde da criança do município, no que se refere ao cuidado nutricional considerando, capacidade instalada, ações implementadas, equipe de profissionais envolvidos e demais recursos disponíveis;
- d) descrever as ações das escolas na identificação de escolares com alterações nutricionais e referenciamento dos mesmos ao acompanhamento de saúde;
- e) identificar o hábito de vida da criança em relação à alimentação e à prática de atividade física;
- f) comparar os dados obtidos na presente pesquisa com os dados disponibilizados pelo Vigitel de 2013.

3 MÉTODO

Neste capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos adotados para o alcance dos objetivos estabelecidos.

3.1 Delineamento do estudo

Estudo do tipo epidemiológico, descritivo, transversal sobre hábitos de vida de crianças em idade escolar.

3.2 Local do estudo

O local do estudo foi o município de Bauru, situado na região centro-oeste do estado de São Paulo, com população estimada de 362.062 habitantes de acordo com o IBGE¹¹ para o ano de 2013. Apresentou-se para o mesmo período como o 18º município mais populoso do estado.

A rede municipal de ensino é composta por Escolas de Educação Infantil, Escolas de Educação Infantil Integradas, Escolas de Ensino Fundamental, Entidades Conveniadas, Classes de Educação de Jovens e Adultos e Ensino Especial, além de Polos da Educação de Jovens e Adultos e unidades vinculadas¹². Na esfera estadual, a Diretoria de Ensino abrange escolas estaduais de Ensino Fundamental e Médio e particulares.

A Secretaria Municipal de Saúde conta com 23 Unidades de Saúde, sendo 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 6 Unidades de Saúde da Família (USF). As equipes são compostas de médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, auxiliares de enfermagem, atendente de consultório dentário, atendente de recepção, auxiliar administrativo, assistente social e servente.

De acordo com o protocolo do Programa Municipal da Saúde da Criança, para atender às crianças com necessidades nutricionais, estão previstas as seguintes atividades:

Programa de Vigilância Nutricional: o objetivo é acompanhar crianças de 0-59 meses, sem evolução de peso para a idade, sendo o critério de inclusão peso inferior ao percentil 10 ou superior ao percentil 90 do gráfico pôndero-estatural. As crianças com peso inadequado identificadas no momento de seu atendimento na

Unidade de Saúde, tem acrescentadas em suas fichas-controle uma tarja preta, e na ficha controle o sinal de + (excesso de peso) ou – (baixo peso). São então acompanhadas pela equipe da Unidade, mensalmente. Os casos de maior complexidade são encaminhados ao especialista (endocrinologista).

Atividades Educativas em Saúde (Operacionalização): são realizadas orientações educativas, abordando diversos temas, de acordo com a fase do ciclo de vida e necessidade.

Há também o **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**¹⁴, cujo objetivo é avaliar o estado nutricional em todas as fases do ciclo de vida para obter o diagnóstico precoce dos possíveis desvios nutricionais, evitando as consequências destes agravos à saúde. Dá-se por meio de um preenchimento do cadastro individual por faixa etária (menor de 6 meses; 6 meses a menor de 2 anos; 2 anos a menor de 5 anos e acima de 5 anos). Este último segue o calendário mínimo de consultas para assistência à criança, sendo:

- a) 1º ano de vida - consultas mensais;
- b) 2º ano de vida - consultas semestrais;
- c) Acima do 3º ano de vida - consultas anuais;
- d) A partir dos 10 anos - pelo menos um registro por ano (avaliação nutricional e avaliação do consumo alimentar).

Em análise aos dados obtidos do SISVAN¹⁴, o município de Bauru apresentou em 2015 que das 3350 crianças avaliadas de 5-10 anos, 554 (16,54%) foram classificadas como sobrepeso, 242 como obesas (7,22%) e 184 gravemente obesas (5,49%). Quando somadas, obtivemos que 980 (29,25%) crianças com excesso de peso.

Soma-se a isto, o fato de que a alimentação de dados do SISVAN ainda é insatisfatória, e nem todos os serviços de saúde realizam a alimentação do sistema adequadamente, apresentando lacunas de dados, podendo sugerir sub-notificação de casos.

Os dados do estado de São Paulo apresentaram para um cenário de 368.951 crianças na mesma faixa etária, 17,41% de sobrepeso, 8,8% de obesidade e 5,79% de obesidade grave. O cenário é equivalente aos dados da região Sudeste (sobrepeso 16,29%, obesidade 8,3%, obesidade grave 5,35%) em relação à população de 1.156.809 e ao Brasil (sobrepeso 15,45%, obesidade 7,7% e obesidade grave 4,93%) da população de 5.012.049. Quando ampliamos este olhar, identificamos que no

Brasil, 247.021 crianças na faixa etária de 5-10 anos de idade, apresentaram obesidade grave e 385.805 obesidade.

Na caracterização do cenário escolar, o universo foi composto de 46 escolas de ensino fundamental, sendo 16 municipais e 30 estaduais, destas, participaram efetivamente do estudo 6 escolas municipais e 11 escolas estaduais. Dentre os motivos alegados para a não participação das 29 escolas restantes, destacam-se alguns, como a participação em outros projetos de pesquisa, o não ganho de benefícios a curto e médio prazo para a escola em questão, o não interesse no projeto naquele momento, a perda de prazo para a entrega dos questionários respondidos e a greve ocorrida na rede municipal e estadual de ensino, entre os meses de março a maio/2015.

3.3 Casuística

As seções abaixo explicam a casuística delimitada para o estudo.

3.3.1 População alvo do estudo e calculo amostral

Crianças de 5 a 11 anos, cursando as séries do ensino fundamental (1º ao 5º ano) matriculadas em escolas públicas, estaduais e municipais, do município de Bauru-SP.

O Quadro 1 apresenta a distribuição do número de escolas estaduais e municipais, e o número de alunos matriculados por escola.

Quadro 1 - Distribuição de escolas de ensino fundamental e alunos por escolas

	Estadual	Municipal	Total
Número de Escolas	30	16	46
Número de Alunos	10.057	6.961	17.018

Fonte: Elaborada pela autora.

Considerando 17018, o número de crianças entre 5 a 11 anos, calculou-se o tamanho da amostra usando uma prevalência de 50%, com uma margem de erro de 10% com 95% de intervalo de confiança. Foi obtido $n=90$, corrigido pela população finita e estratificado pelo número de crianças em cada escola do município. Visando garantir a fidedignidade dos dados e evitar perdas significativas, optou-se por convidar

2% dos alunos matriculados nas escolas, de modo proporcional, totalizando 340 convites.

A seleção das crianças que participaram da pesquisa foi feita por meio de um sorteio aleatório pelo programa R 2.7.0.

Entre as escolas municipais e estaduais, as perdas totalizaram 166 crianças, correspondendo a 49,8% da amostra. Restaram, portanto, 174 crianças participantes deste estudo, com idade média de 7,7 anos (desvio padrão 1,5), mínimo de 5 e máximo 10 anos (mediana 8).

Para a coleta dos dados investigados, contou-se com a contribuição dos pais/responsáveis das crianças selecionadas, sendo a idade média deles 34,4 anos, desvio padrão de 7 anos, sendo o mínimo de 20 anos e máximo de 71.

Os dados sociais e econômicos das famílias das crianças selecionadas estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Dados sociais e econômicos dos responsáveis/pais das crianças selecionadas, Bauru, 2016

(continua)

Dados sociais e econômicos	n	%
Escolaridade		
1º Grau Incompleto	42	26,75
1º Grau Completo	11	7,01
2º Grau Incompleto	21	13,38
2º Grau Completo	58	36,94
Ensino Superior Completo	24	15,29
Ensino Superior Incompleto	1	0,64
Não responderam	17	9,77
Cor da Pele		
Branca	90	51,72
Negra	17	9,77
Parda ou Morena	67	38,51
Estado Civil		
Solteiro	30	17,24
Casado Legalmente	72	41,38
União Estável > 6 meses	47	27,01
Viúvo	2	1,15
Separado ou Divorciado	20	11,49
Não quis informar	3	1,72
Renda Familiar		
Até 1 salário mínimo (R\$ 722,00)	72	41,86
2 salários mínimos	49	28,49
3 salários mínimos	45	26,16
Acima de 4 salários mínimos	6	3,49

Tabela 1 - Dados sociais e econômicos dos responsáveis/pais das crianças selecionadas, Bauru, 2016

		(conclusão)
Não responderam	2	1,14
Plano de Saúde		
Sim, apenas 1	57	32,95
Sim, mais de 1	10	5,78
Não	104	60,12
Não quis informar	2	1,16
Não respondeu	1	0,57

Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação à escolaridade, 47,1% dos pais que responderam ao questionário, cursaram até o 2º Grau incompleto e 52,9% possuíam pelo menos o 2º Grau completo, concluindo ou não o ensino superior. Em sua maioria eram brancos (51,7%), legalmente casados (41,4%) e com renda familiar de 2-3 salários mínimos (54,6%). Não possuíam plano de saúde (60,1%). Quando questionados sobre o peso de seus filhos, a resposta foi de “peso normal” para 66,9%.

Para a coleta de informações referente à conduta da escola frente a criança com excesso de peso, foram convidados professores dos alunos selecionados. Calculou-se uma média de 07 professores por aluno, totalizando um universo de 266. Destes, 86 efetivamente participaram (32,3%).

3.4 Coleta de dados

O período da coleta dos dados foi de Novembro de 2014 a Maio de 2015. Em Novembro de 2014, o município de Bauru recebeu os Jogos Abertos do Interior, permanecendo por 15 dias consecutivos em recesso escolar. Após este período, as crianças que tinham atingido média para a conclusão do ano letivo, não retornaram as atividades escolares.

Ao final do ano também foram abertas as vagas para remoção dos professores, ou seja, aqueles que até então estivessem em uma determinada Unidade Escolar, poderiam no ano seguinte, estar em outra diferente. Todas estas mudanças comprometeriam a coleta de dados, tanto para abranger as crianças sorteadas, como para os professores, que poderiam não mais representar a Unidade Escolar em questão até aquele momento.

Portanto, as informações coletadas neste mês foram referentes à Alimentação

Escolar e caracterização da rede de atenção à Saúde.

Aguardou-se o início do ano letivo de 2015, para iniciar a coleta de dados sobre os hábitos de vida das crianças, alimentos fornecidos pelas cantinas e as ações implementadas nas escolas para identificação de escolares com alterações nutricionais e referenciamento dos mesmos ao acompanhamento de saúde (APÊNDICES A e B). Foi realizada visita agendada às escolas com objetivo de explicar a proposta da pesquisa, entregar os questionários e propor retorno de devolução dos mesmos.

Em março de 2015 iniciou-se o movimento grevista das Escolas Estaduais e Municipais, que se estendeu até o mês de maio. Até o início da greve, haviam sido visitadas 32,6% (15) das escolas. A entrega e devolução dos questionários, assim como a visita nas demais escolas, foram imensamente afetadas por todos esses entraves na execução da coleta de dados. A amostra final do estudo contabilizou 17 (37,0%) escolas participantes.

Os dados foram coletados nas escolas por meio do envio de questionários aos responsáveis das crianças sorteadas para o estudo (APÊNDICE C). Elaborado a partir do Vigitel¹³ (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico), cujo universo de pesquisa é de adultos, com 18 ou mais anos de idade, residentes em uma das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, em domicílios servidos por, pelo menos, uma linha telefônica fixa no ano. Foram utilizados os seguintes itens de interesse: escolaridade, acesso a planos de saúde, porcentagem de excesso de peso, obesidade, consumo regular de frutas, consumo regular de hortaliças, consumo de carne com excesso de gordura, consumo de leite integral, consumo de refrigerantes, porcentagem de atividade física, horas assistidas de TV, avaliação do estado de saúde, diagnóstico de diabetes e hipertensão arterial.

Dessa forma os itens descritos foram adaptados em quarenta e cinco questões de múltipla escolha para serem aplicados aos pais/responsáveis, entregue presencialmente à criança, e que deveriam ser devolvidos no prazo máximo de 30 dias. (APÊNDICE C).

Dos 340 questionários enviados, foram devolvidos 174 respondidos pelos pais das crianças (51,2%).

Os professores representantes (um de cada ano, mais o de inglês, de educação física e de artes) forneceram os dados referentes à conduta das escolas, por meio de questionário (APÊNDICE D).

Para caracterização da Alimentação Escolar, com a finalidade de retratar o atual fluxo de fornecimento de alimentos às escolas, foi realizada uma visita ao setor responsável e aplicação de um questionário à chefia da Seção de Alimentação de Unidades Escolares (APÊNDICE E).

Por fim, foi construído *check-list* para analisar o fornecimento de alimentos das cantinas particulares, existentes no interior das escolas públicas estaduais. (APÊNDICE F). Todos os instrumentos de coleta de dados, questionários e *check-list* foram elaborados pela própria pesquisadora.

3.5 Análise dos dados

Foram descritas as informações referentes a sexo, idade, raça, escolaridade dos pais e renda familiar, hábitos alimentares, de atividade física, estado de saúde.

Para a análise dos dados obtidos sobre o hábito de vida das crianças foi construído banco de dados numa planilha Excel, e posteriormente analisados no programa SAS for Windows versão 9.3.

Utilizou-se de uma estatística descritiva dos dados, com frequência e porcentagem para as variáveis categorizadas (qualitativas) e média, desvio padrão e mediana para as variáveis quantitativas.

3.6 Aspectos éticos

Os aspectos éticos referentes à pesquisa seguem as recomendações da Resolução 466/12, a qual dispõe sobre as normas e diretrizes de pesquisa envolvendo seres humanos. Foram enviadas solicitações às Secretarias da Educação da Prefeitura Municipal de Bauru e à Diretoria de Ensino da Sub-Região de Bauru, visando obter autorização para o desenvolvimento desta pesquisa. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP), tendo sido aprovado sob o Parecer 837.782, CAAE 36514914.4.0000.5411. Aos pais/responsáveis pela criança e aos professores foi enviado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (APÊNDICES G e H), que foi devidamente assinado concordando em participar do estudo.

4 RESULTADOS

No município de Bauru, a Seção de Alimentação de Unidades Escolares é responsável pela distribuição dos alimentos tanto para a rede estadual como para a municipal. Os alimentos perecíveis são entregues semanalmente nas escolas. No almoxarifado permanecem os alimentos não perecíveis, cuja distribuição pode ser semanal ou quinzenal. Os cardápios são elaborados por nutricionista, e tem vigência de 03 meses.

As cantinas estão presentes somente em algumas escolas estaduais. Os responsáveis pelas cantinas, quando questionados, informaram que vendem alimentos ricos em calorias (salgados fritos e assados, salgados tipo “chips”, balas, doces, chocolates, sorvetes, “gelinhos”, refrigerantes, sucos artificiais...), e não há oferta de alimentos saudáveis (frutas, sucos naturais...). Dentre os alimentos vendidos, as maiores preferências são os salgados fritos (coxinha), refrigerante/sucos artificiais e doces em geral.

No questionário dos professores, 82 responderam que não havia fluxo de encaminhamento estabelecido pela escola, ou pela rede municipal de ensino, para uma avaliação e acompanhamento por profissional de saúde. Quatro professores responderam que há fluxo estabelecido de encaminhamento, e que se dá por meio de envio de carta ao pai/responsável solicitando atenção à situação de peso da criança.

Para o questionário voltado aos pais/responsáveis pelas crianças, foram elaborados três blocos de perguntas, sendo divididos em hábitos alimentares, de atividade física e estado de saúde da criança na visão dos pais. Na Tabela 2, a seguir, foram dispostos os dados em relação aos hábitos alimentares.

Tabela 2 - Dados dos hábitos alimentares das 174 crianças, contemplando aspectos da ingestão de verdura, carne vermelha/frango, frutas, suco de frutas, refrigerante e leite. Bauru, 2016

(continua)

HÁBITOS ALIMENTARES															
VERDURA															
Verdura ou Legume	N*	%	Verdura ou legume cru	N	%	Come este tipo de salada	N	%	Verdura ou legume cozido	N	%	Come este tipo de verdura/legume cozido	N	%	
1-2 dias por semana	38	21,84	1-2 dias por semana	45	25,86	No almoço (1x ao dia)	82	47,12	1-2 dias por semana	54	31,03	No almoço (1x ao dia)	84	48,29	
3-4 dias por semana	60	34,48	3-4 dias por semana	58	33,33	No jantar	28	16,09	3-4 dias por semana	40	22,99	No jantar	35	20,11	
5-6 dias por semana	18	10,34	5-6 dias por semana	10	5,75	No almoço e no Jantar (2x ao dia)	45	25,86	5-6 dias por semana	9	5,17	No almoço e no Jantar (2x ao dia)	33	18,96	
Todos os dias	25	14,37	Todos os dias	25	14,37	Não responderam	19	10,93	Todos os dias	6	3,45	Não responderam	22	12,64	
Quase nunca	26	14,94	Quase nunca	30	17,24				Quase nunca	46	26,47				
Nunca	7	4,02	Nunca	6	3,45				Nunca	15	8,57				
Não responderam	0	0	Não responderam	0	0				Não responderam	4	2,32				
CARNE VERMELHA/FRANGO															
Carne vermelha	N	%	Quando come carne vermelha com gordura, costuma	N	%	Frango/Galinha	N	%	Quando come frango/galinha com pele, costuma	N	%				
1-2 dias por semana	39	22,40	Tirar sempre o excesso de gordura	85	48,85	1-2 dias por semana	82	47,09	Tirar sempre a pele	84	48,27				

Tabela 2 - Dados dos hábitos alimentares das 174 crianças, contemplando aspectos da ingestão de verdura, carne vermelha/frango, frutas, suco de frutas, refrigerante e leite. Bauru, 2016

(continuação)											
3-4 dias por semana	64	36,78	Comer com a gordura	27	15,52	3-4 dias por semana	61	35,00	Comer com a pele	52	29,88
5-6 dias por semana	38	21,84	Não come carne vermelha com muita gordura	60	34,47	5-6 dias por semana	10	5,80	Não come pedaços de frango com pele	36	20,69
Todos os dias	19	10,90	<i>Não responderam</i>	2	1,16	Todos os dias	13	7,50	<i>Não responderam</i>	2	1,16
Quase nunca	6	3,45				Quase nunca	6	3,45			
Nunca	5	2,90				Nunca	1	0,58			
<i>Não responderam</i>	3	1,73				<i>Não responderam</i>	1	0,58			
FRUTAS E SUCO DE FRUTAS											
Frutas	N	%	Quantas vezes come frutas no dia	N	%	Suco de frutas natural	N	%	Quanto copos toma de suco de frutas natural no dia	N	%
1-2 dias por semana	58	33,33	1x no dia	96	55,17	1-2 dias por semana	59	33,92	1	59	33,91
3-4 dias por semana	50	28,73	2x no dia	45	25,89	3-4 dias por semana	40	22,99	2	57	32,75
5-6 dias por semana	14	8,07	3 ou mais vezes no dia	26	14,94	5-6 dias por semana	11	6,32	3 ou mais	37	21,26
Todos os dias	25	14,37	<i>Não responderam</i>	7	4,00	Todos os dias	14	8,04	<i>Não responderam</i>	21	12,08
Quase nunca	22	12,60				Quase nunca	50	28,73			
Nunca	1	0,58				<i>Não responderam</i>	0	0			
<i>Não responderam</i>	4	2,32									

Tabela 2 - Dados dos hábitos alimentares das 174 crianças, contemplando aspectos da ingestão de verdura, carne vermelha/frango, frutas, suco de frutas, refrigerante e leite. Bauru, 2016 (conclusão)

REFRIGERANTE								
Refrigerante ou suco artificial	N	%	Que tipo	N	%	Quantos copos/ latinhas costuma tomar por dia	N	%
1-2 dias por semana	55	31,98	Normal	139	79,88	1	56	31,11
3-4 dias por semana	40	23,26	Diet/light/zero	3	1,74	2	43	22,71
5-6 dias por semana	27	15,70	Ambos	18	10,34	3	21	12,08
Todos os dias	36	20,93	Não responderam	14	8,04	4	13	7,46
Quase nunca	12	6,98				5	5	2,90
Nunca	2	1,16				6 ou mais	4	2,32
Não responderam	2	1,16				7	20	11,44
						Não responderam	12	6,98
LEITE								
Leite	N	%	Tipo de leite	N	%			
1-2 dias por semana	10	5.80	Integral	145	83,26			
3-4 dias por semana	16	9,20	Desnatado ou semi-desnatado	16	9,20			
5-6 dias por semana	13	7,50	Os dois tipos	9	5,22			
Todos os dias	111	63,66	Não responderam	4	2,32			
Quase nunca	17	9,78						
Nunca	5	2,90						
Não responderam	2	1.16						

Legenda: *N= número de crianças

Fonte: Elaborada pela autora.

Com relação aos hábitos alimentares, verificou-se uma baixa ingestão de verduras e legumes (28,75%), levando-se em consideração os que ingerem de “1-2 dias por semana”, “quase nunca” e “nunca”. Esta situação é repetida quando verificou-se a ingestão de legumes e verduras crus (46,55%) e cozidos (66,07%).

Os dados obtidos da população adulta estudada pelo Vigitel¹³, trazem que a frequência do consumo regular de frutas e hortaliças foi de 36%, e aumentou com a idade e nível de escolaridade. O que permite observar uma maior preocupação com a prática de alimentação saudável possivelmente relacionada ao cuidado com a saúde.

Já para a ingestão de carne vermelha, 69,52% referiram fazer uso deste alimento de “3-4 dias por semana”, “5-6 dias por semana” e todos os dias (inclusive sábado e domingo)”, e quando questionados sobre a ingestão da gordura da carne, 83,32% referiram que as crianças não comem carne vermelha com muita gordura ou tiram o excesso de gordura do alimento. O consumo de frango/galinha foi menor durante a semana (48,30%), e em sua maioria sem a pele (68,96%). Esse resultado pode estar refletindo o conhecimento, por parte dos pais, em relação ao perigo do consumo de gordura animal para a saúde de seus filhos.

Em comparação à população adulta do Vigitel¹³, cerca de um terço das pessoas declarou ter o hábito de consumir carnes com excesso de gordura (31%), consumo esse diminuído com o aumento da faixa etária e nível de escolaridade, mostrando mais uma vez a preocupação do adulto com o desenvolvimento de doenças relacionadas a alimentação.

No consumo de suco de frutas natural, foi observada uma elevada ingestão semanal em 37,35%, sendo que a maioria ingere mais de dois copos no dia (54,01%) e a ingestão de frutas na semana era de 51,17% para mais de 03 dias por semana, até consumo diário.

O consumo de refrigerantes ou sucos artificiais faz parte da rotina de 59,89% dos entrevistados, e o fazem de 3-4 dias por semana e/ou consomem diariamente, em sua maioria do tipo “normal” (79,88%), sendo 36,20% mais de três copos/latinhas no dia. Os dados obtidos pelo Vigitel¹³ trazem uma frequência do consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana de 23,3%, sendo um terço destes observados em indivíduos na faixa etária dos 18 aos 24 anos. Este consumo tendeu a diminuir com a maior idade, e em indivíduos com escolaridade intermediária (9-11 anos de estudo).

O consumo do leite foi verificado em 80,36% das crianças, sendo no mínimo de 3-4 dias na semana até o consumo diário destes, 83,26% do tipo “integral”. Quando comparados com os resultados do Vigitel¹³, a frequência do hábito de consumir leite integral foi de 53,5%, tendo esta tendência diminuído com o aumento da idade e a maior frequência foi encontrada em indivíduos de escolaridade intermediária (9 a 11 anos de estudo). Os dados de Atividade Física das Crianças estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Resultados referentes aos hábitos de Atividade Física quanto à frequência da prática, quantidade, duração e hábitos de entretenimento com a televisão

HÁBITOS DE ATIVIDADE FÍSICA	n	%
Exercício físico nos últimos 3 meses		
Sim	108	62,06
Não	60	34,48
<i>Não responderam</i>	06	3,46
Pratica este exercício ao menos uma vez por semana		
Sim	118	67,81
Não	50	28,73
<i>Não responderam</i>	06	3,46
Quantidade de dias por semana que prática atividade física		
1-2 dias por semana	82	47,12
3-4 dias por semana	30	17,24
5-6 dias por semana	9	5,17
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	14	8,06
<i>Não responderam</i>	39	22,41
Duração da atividade física		
Menos que 10 min	8	4,59
Entre 10-19 min	18	10,34
Entre 20-29 min	15	8,62
Entre 30-39 min	26	14,94
Entre 40-49 min	19	10,91
Entre 50-59 min	18	10,34
60 min ou mais	32	18,39
<i>Não responderam</i>	38	21,87
Quantidade de horas por dia de TV		
Menos de 1 hora	24	13,79
Entre 1-2 horas	37	21,26
Entre 2-3 horas	47	27,01
Entre 3-4 horas	25	14,36
Entre 4-5 horas	21	12,06
Entre 5-6 horas	3	1,72
Mais de 6 horas	11	6,32
Não assiste TV	2	1,14
<i>Não responderam</i>	4	2,34

Fonte: Elaborada pela autora.

Quando questionados sobre a atividade física dos filhos, 64,3% dos pais relataram que seus filhos realizaram esta prática nos últimos três meses, pelo menos uma vez por semana (70,2%), geralmente de 1-2 dias no período (60,7%). A duração da atividade, para 50,7%, foi mais de 40 minutos.

No estudo de San Mauro et al.¹⁵, em que se objetivou conhecer o grau de influência dos diversos fatores modificáveis (hábitos alimentares, prática de atividade física, sedentarismo e horas de sono) de forma conjunta sobre o estado de peso de 189 crianças em idade escolar e adolescentes (6-16 anos) de uma comunidade de Madrid, ao analisar a média de horas de exercício físico realizado por dia, verificou-se que eram superiores às recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, para 52,9% da amostra. Sabe-se que os fatores comportamentais são consolidados na infância e adolescência, tornando seu estudo essencial na identificação de hábitos saudáveis. É importante ressaltar que, a prática de atividade física entre crianças e adolescentes deve ser incessantemente estimulada, visto que grande parte das doenças relacionadas ao sedentarismo somente manifesta os primeiros sinais na idade adulta ¹⁶.

Os dados obtidos pelo Vigitel¹³, mostram frequência de prática de atividade física equivalente a 150 minutos de atividade moderada por semana de 33,8%, tendo diminuído com o aumento da idade, e aumentado com o nível de escolaridade.

Os pais também responderam sobre a quantidade de horas por dia que as crianças costumam assistir televisão. O resultado revelou que, 56,5% das crianças passam no mínimo 2 horas até mais de 6 horas por dia na frente da televisão.

Para Aranceta Bartrina et al.¹⁷, em seu estudo da epidemiologia e dos fatores determinantes da obesidade infantil na Espanha, considerando globalmente o tempo médio diário dedicado ao desempenho de atividades sedentárias (estudo, televisão, videogames..), obteve prevalência de obesidade maior entre aqueles que dedicam maior tempo a estes tipos de atividade quando comparados aos que dedicavam menor tempo.

A frequência do hábito de ver televisão no conjunto da população adulta estudada pelo Vigitel¹³, por três horas ou mais diárias foi de 28,6%, tendo sido inferior entre os indivíduos de maior escolaridade (12 anos ou mais) e maior na faixa etária de 65 anos e mais. Os dados de caracterização do estado de saúde da criança estão dispostos na Tabela 4.

Tabela 4 - Estado geral de saúde da criança na visão dos pais, aspectos da pressão

arterial, taxa glicêmica e aferição do peso

(continua)		
ASPECTOS DA SAÚDE GERAL	n	%
Estado de saúde da criança		
Muito bom	102	58,62
Bom	60	34,45
Regular	6	3,45
Ruim	1	0,58
Muito Ruim	2	1,16
<i>Não responderam</i>	3	1,74
Diagnóstico de pressão alta		
Sim	3	1,74
Não	163	93,68
Não Lembra	1	0,58
<i>Não responderam</i>	9	4,00
Última consulta médica com aferição de pressão da criança		
Há menos de 1 ano	64	36,78
Entre 1-2 anos	19	10,91
Entre 2-3 anos	1	0,58
Entre 3-4 anos	3	1,74
Há mais de 5 anos	3	1,74
Nunca mediu pressão em uma consulta médica	75	47,09
Nunca realizou consulta médica	1	0,58
<i>Não responderam</i>	1	0,58
Realização de teste de glicemia		
Sim	78	44,82
Não	82	47,06
Não sabe/Não lembra	10	5,80
<i>Não responderam</i>	4	2,32
Resultado do teste		
Dentro da Normalidade	76	43,67
No limite	6	3,48
Alterado	4	2,32
Não lembra	23	13,21
<i>Não responderam</i>	65	37,32
Realização de consulta devido ao peso		
Sim	33	19,04
Não	132	76,96
<i>Não responderam</i>	9	4,00
Conduta do profissional de saúde		
Orientações quanto à dieta e exercícios físicos	19	10,92
Solicitou exames	14	8,04
Encaminhou para o especialista	6	3,48
<i>Não responderam</i>	135	77,56
Auxiliou no tratamento quanto ao peso		
Sim	28	16,09
Não	30	17,24

Tabela 4 - Estado geral de saúde da criança na visão dos pais, aspectos da pressão

arterial, taxa glicêmica e aferição do peso

	(conclusão)	
<i>Não responderam</i>	116	66,67
<i>Seu filho está</i>		
Peso Normal	113	64,95
Acima do Peso	43	24,71
Abaixo do Peso	13	7,47
<i>Não responderam</i>	5	2,87

Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação ao estado de saúde da criança, 93,0% dos pais referiram “muito bom” e “bom” enquanto 5,2% classificou como “regular”, “ruim” e “muito ruim”.

Na população estudada pelo Vigitel¹³, 4,9% das pessoas avaliaram negativamente o seu estado de saúde, e a frequência dessa condição tendeu a aumentar com a idade e diminuiu expressivamente com o aumento da escolaridade.

Quando questionados se algum médico já havia dito que a criança tinha pressão alta, 93,7% dos pais disseram que não. Referiram também que a última consulta médica em que a pressão do seu filho foi aferida foi há menos de um ano para 36,8%, e, para 47,1%, a pressão arterial de seus filhos nunca foi medida em uma consulta médica.

A frequência de adultos que referiram o mesmo diagnóstico foi de 24,1%, segundo os resultados do Vigitel¹³, tendo aumentado com a maior idade e entre indivíduos com menor nível de escolaridade (0 a 8 anos de estudo).

Destas crianças, aproximadamente metade (44,8%) já haviam realizado exame para verificar a glicemia, sendo que o resultado para 43,7% estava dentro da normalidade. Os resultados “no limite” e “alterado” somaram 5,8%.

Os dados do Vigitel¹³ mostram frequência do diagnóstico médico prévio de diabetes de 6,9%, tendo sido mais comum com o avanço da idade. A frequência de diabetes foi maior em indivíduos com até oito anos de escolaridade.

Das crianças selecionadas, 19,0% (33) já passaram por atendimento devido ao peso, e destes, 16,1% (28) avaliaram que este atendimento auxiliou no tratamento de seu filho, seja por meio de orientações quanto à dieta e exercícios físicos, pela solicitação de exames ou por encaminhamentos a especialistas.

Os resultados obtidos pelo Vigitel¹³ trazem uma frequência de excesso de peso de 50,8%, sendo que, entre as mulheres, o excesso de peso diminuiu uniformemente com o aumento do nível de escolaridade.

5 DISCUSSÃO

No cenário de aumento de casos de excesso de peso, e tendo em vista a idade escolar como de ação primordial com vistas à redução de comorbidades, e de riscos à saúde da criança, com minimização de consequências, destaca-se a relevância da abordagem deste tema, assim como a priorização de ações intersetoriais, nos setores público e privado. A integração na atenção ao escolar com sobrepeso ou obesidade deve ser foco de discussões, pesquisas e de políticas públicas que deverão compreender o diagnóstico precoce e referenciamento oportuno destes para atendimento.

De acordo com Goes et al.¹⁸, a nutrição tem papel fundamental no processo de crescimento e desenvolvimento, pois qualquer deficiência de nutrientes pode repercutir sobre estes, e comprometer o ganho pômdero-estatural. “É essencial uma alimentação adequada, do ponto de vista nutricional, para assegurar o crescimento e o desenvolvimento equilibrados durante a infância, assim como, para a promoção e a manutenção da saúde e do bem-estar do indivíduo”.

Cabe ressaltar a importância da Alimentação Escolar nesse contexto, que permite fornecer aos escolares, dieta balanceada, expressa em cardápios elaborados para atender às necessidades de cada faixa etária, objetivando o aproveitamento dos nutrientes e desenvolvimento adequado da criança.

Nas escolas com cantinas, a oferta dos alimentos de alto teor calórico desequilibra esse movimento, incentivando hábitos de risco à saúde.

Para Motter et al.¹⁹, existem evidências de que há relação entre a disponibilidade e a utilização dos pontos de venda de alimentos. O estudo analisa esta relação no sentido de pontos de venda de alimentos e sua proximidade com os domicílios. Faz um alerta ainda para a escassez de estudos sobre pontos de venda de alimentos e a relação com o sobrepeso/obesidade em escolares brasileiros. Embora a relação da proximidade seja esta, ainda assim deve-se refletir sobre a disponibilidade da oferta de alimentos ricos em calorias dentro das escolas, em detrimento da oferta de alimentos saudáveis, em consonância com a facilidade de adquirir e aderir aos modismos de fast-foods e consumo rotineiro dos “esporádicos”.

As iniciativas para combater a Obesidade Infantil nos municípios apresentam sinalizações de boas propostas, tendo destaque algumas:

- a) o município de São José do Alegre (MG) instituiu por meio da Lei 1085 de 10/12/2013²⁰, o Plano de Prevenção da Obesidade Infantil da Rede

Municipal de Educação, e prevê a inclusão de material didático, conteúdo programático mínimo a ser trabalhado em sala de aula; realização de exame biométrico capaz de diagnosticar a presença de sobrepeso ponderal ou de indicativos da predisposição à obesidade; informação aos servidores da rede municipal de educação e aos alunos, sobre as ações e serviços prestados pela Secretaria Municipal de Saúde; fomento à prática de atividades físicas adequadas a cada faixa etária, incluindo, dentre as aulas a serem ministradas, matérias sobre a importância da alimentação equilibrada; realização de palestras e/ou outras atividades, nos estabelecimentos da Rede Municipal de Educação, destinadas a informar e conscientizar os alunos, os pais e os responsáveis sobre as causas e consequências da obesidade;

- b) Lei 1405 de 06/01/2005²¹, que instituiu o mês da saúde preventiva da Obesidade Infantil no âmbito do município de São Paulo, e tem caráter de evento, com o objetivo de mobilizar o Poder Público e a comunidade escolar, para concentrarem esforços na prevenção da obesidade infantil;
- c) Centro de Atendimento à Obesidade Infantil de Marília (CAOIM)²², unidade da Secretaria Municipal da Saúde de Marília, criada em outubro de 2.006 com objetivo de Oferecer atendimento multidisciplinar para tratamento e acompanhamento às crianças e adolescentes de 07 a 17 anos, encaminhados pelas unidades municipais de saúde, cuja avaliação médica apresente obesidade, Estimular a adoção de hábitos saudáveis pelas crianças e adolescentes matriculados nas redes pública e privada de ensino, incluindo o combate ao sedentarismo; Oferecer orientação pública e gratuita para a prevenção da obesidade infanto-juvenil.

O que se pode observar, é que as propostas envolvem a integração da Saúde e da Educação, neste objetivo de prevenir a obesidade, estimular hábitos de vida saudáveis referentes à alimentação e atividade física. Os hábitos alimentares especificamente, devem ser trabalhados intra e extramuros dos serviços de saúde e das unidades escolares, envolvendo também a integração da unidade familiar, abrangendo a complexidade do ser social, das relações entre os pares e suas relações com o mundo.

Na análise dos hábitos de alimentação, o consumo de frutas apontou que 14,4% dos escolares deste estudo faziam uso diariamente. Chiarpenello et al.²³, em seu estudo “Hábitos Dietários en Niños Obesos”, cujo objetivo foi descrever e avaliar hábitos alimentares e de atividade física em crianças com diagnóstico de obesidade, encontrou 94,4% deste consumo frutas, podendo supor que a criança já identificada como obesa passe a ter um melhor cuidado com a alimentação orientada possivelmente por pais/responsáveis e /ou profissionais de saúde.

O consumo do refrigerante foi descrito para a grande maioria das crianças (93,9%), entre 1 e 2 copos diários. O consumo foi semelhante em relação ao uso do refrigerante do tipo “normal”, sendo 79,9% neste estudo e 75% nas crianças obesas da pesquisa de Chiarpenello et al.²³.

Em relação ao consumo de leite, foi observado no presente estudo que 63,7% das crianças realizaram a ingestão diária, e destes, 61,4% consumiram leite integral. Em outros países, este índice é superado, cerca de 81,5% das crianças consomem leite diariamente, considerando a faixa etária de 3 a 15 anos²³.

Em relação à atividade física, os dados obtidos neste estudo evidenciaram que 64,3% das crianças realizaram alguma atividade nos últimos três meses antes da realização da pesquisa. Chiarpenello et al.²³ obteve que 34,5% de sua amostra não realizam nenhuma atividade física.

San Mauro et al.¹⁵ encontraram que, dentre os escolares por eles estudados, a média em horas de realização de atividade física foi de 1,2h/dia. No presente estudo, observou-se que aproximadamente 18% dos escolares realizavam a mesma quantidade de horas de atividade física.

Os dados sobre o gasto de tempo em frente à TV revelaram que, 56,5% das crianças passam no mínimo 2 horas até mais de 6 horas por dia na frente da televisão. Aranceta Bartrina et al.¹⁷ encontraram uma prevalência maior de obesidade para as crianças que assistem mais que 2h/diárias de TV.

O estudo de Kneipp et al.²⁴, cujo estudo objetivou avaliar a associação das variáveis socioeconômicas, demográficas, dos comportamentos relacionados à saúde e características do ambiente familiar e a prevalência do excesso de peso em alunos do 1º ao 5º ano de escolas do município de Itajaí (SC), evidenciou que 44,0% das crianças apresentavam excesso de peso. No presente trabalho as informações obtidas dos pais dados revelam que, na percepção deles, 24,7% das crianças apresentava o mesmo problema nutricional.

Para Espinoza-Silva e Aguilar-Farías (2015)²⁵ que avaliaram o estado nutricional e a capacidade física de escolares de 4 a 7 anos em um estabelecimento escolar público do Chile, os dados mostraram que 27% apresentaram sobrepeso e 39,9% obesidade.

Estes resultados trazem para discussão a atenção dispensada às crianças e adolescentes em consultas de rotina, e até mesmo as estratégias para busca desta população. É sabido que o acompanhamento da criança segue padronização principalmente pela caderneta de vacinação, que encerra um “ciclo” dos 4-6 anos. É exatamente nesta faixa etária que se eles se afastam do seguimento nas Unidades de Saúde, procurando apenas em situações emergenciais os postos de pronto-atendimentos e prontos-socorros.

Desta maneira, perde-se o vínculo e a oportunidade de interferir positivamente no histórico de saúde desta população, deixando de lado as políticas de saúde que orientam a promoção e prevenção em saúde. Este comportamento reitera a cultura do modelo tradicional curativo em detrimento da mudança dos modelos de atenção.

Na análise das estatísticas do SISVAN¹⁴ em relação ao excesso de peso em crianças de 5 a 10 anos, em 2015, a reflexão deve ser além dos números e requer pensamento crítico sobre o estado de saúde desses indivíduos, no tocante à qualidade de vida, preservação de autonomia *versus* prejuízos nas atividades de vida diária *versus* rendimento escolar, além do posicionamento da criança obesa na sociedade, a interferência do excesso de peso na identificação com seus pares. O entendimento das consequências deve ser feito a curto, médio e longo prazo.

O problema é maximizado projeta-se a perspectiva de que cerca de 80% delas serão adultos obesos, que gerarão ônus aos municípios, estados e país com seus cuidados específicos de saúde, e complicações pós-aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis (já esperadas para indivíduos obesos).

No esforço de tentar conter o aumento da ocorrência de excesso de peso e obesidade, municípios, estados e o país provocaram iniciativas, em forma de proposições de eventos, manifestações, projetos, portarias e até mesmo leis, que pudessem incentivar a priorização de ações com vistas à redução da Obesidade Infantil, com a minimização dos agravos e comorbidades associados. Ainda há muito que percorrer, no sentido de atingir esse objetivo.

Considera-se como limitação desta pesquisa, a não aferição de peso e estatura e posterior cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), para a identificação da

prevalência do excesso de peso destes escolares, devido à impossibilidade operacional e logística.

O resultado também poderia ser mais completo se o questionário fosse aplicado pelo pesquisador, no intuito de diminuir as não respostas, e até mesmo o entendimento do conteúdo da pergunta. A extensão do questionário foi percebida como fator limitante, pois para responder às 45 questões, o responsável pela criança deveria dispende de vinte minutos. Verificou-se que algumas questões deixaram de ser respondidas por cansaço.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do observado pela presente pesquisa, verificou-se que não existe rotina de acompanhamento da saúde dos escolares na faixa etária estudada. O que se observa é a procura por atendimento em situações emergenciais. Considerando que o problema nutricional existe e passa despercebido, podendo se agravar com o passar da idade, existe a necessidade de estabelecer um fluxo de encaminhamento da criança com excesso de peso para atendimento e acompanhamento de saúde visando minimizar ou recuperar os riscos decorrentes desta condição nutricional.

Este fluxo é de fundamental importância para o monitoramento pelos gestores municipais, professores, pais, universidades e organizações não governamentais, na intenção de garantir acompanhamento, e o alcance de um estado nutricional saudável para as crianças e adolescentes, evitando o aparecimento de doenças crônicas precoces.

Nesse sentido, foi elaborada uma proposta de fluxograma (APÊNDICE I) para nortear o encaminhamento de escolares com necessidades nutricionais. A proposta trata do envolvimento da saúde e da educação, na prevenção e/ou identificação precoce do agravo em questão, minimizando riscos e desfechos ruins.

O fluxograma da força ao resgate da intersectorialidade, esquecida até então, retomando os vínculos e estabelecendo rotinas de promoção, prevenção e até mesmo recuperação da saúde.

Recomenda-se a realização continuada de estudos de consumo alimentar e avaliação do estado nutricional de crianças, no intuito de conhecer sua prática alimentar e prevenir doenças provenientes de hábitos alimentares inadequados assim como auxiliar no planejamento de ações e políticas de prevenção de excesso de peso na infância.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira AMA, Cerqueira EMM, Souza JDS, Oliveira AC. Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2003;47(2):144-50.
2. Moraes PM, Dias CMSB. Nem só de pão se vive: a voz das mães na Obesidade Infantil. *Psicol Ciência e Profissão*. 2013;33(1):46-59.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Pesquisa de Orçamento Familiar, 2008-2009. [cited 2013 Aug 18]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/>.
4. Araújo MFM, Beserra EP, Chaves ES. O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: um aspecto para a investigação de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(4):450-5.
5. Oliveira F, Soares L. Programa piloto de intervenção para pais de crianças com problemas de obesidade. *Psicol Saúde Doenças*. 2011;12(2):197-211.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
7. Brasil. Ministério da Saúde. [Internet]. Promoção à saúde: ação contra obesidade infantil atingirá 50 mil escolas, 2013. [cited 2013 Aug 18]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4052/162/acao-contr-obesidade-infantil-atingira-50-mil-escolas.html>.
8. Brasil. Decreto nº 6.286 de 05 de Dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 06 dez 2007.
9. Brasil. Lei nº 11.947 de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nº 10.880, de 09 de junho de 2004, 11.273 de 06 de fevereiro de 2006, 11.507 de 20 de julho de 2007; revoga os dispositivos da Medida Provisória nº 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei nº 8.193 de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 jun 2009.
10. Brasil. Portaria 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 mai 2013.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. [citado 2014 jul 03]. Available from: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=350600&search=sao-paulo|bauru>

12. Prefeitura Municipal de Bauru [Internet]. [citado 2014 jul 05]. Available from: http://www.bauru.sp.gov.br/secretarias/sec_educacao/asecretaria.aspx
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
15. San Mauro I, Megias A, García de Angulo B, Bodega P, Rodríguez P, Grande G, et al. Influencia de hábitos saludables en el estado ponderal de niños y adolescentes en edad escolar. *Nutr Hosp*. 2015;31(5):1996-2005.
16. Coelho LG, Cândido APC, Machado-Coelho GLL, Freitas SN, Pich PC. Association between nutritional status, food habits and physical activity level in schoolchildren. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88(5):406–12.
17. Aranceta Bartrinaa J, Perez Rodrigo C, Ribas Barba L, Serra Majem L. Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. *Rev Pediatría Atención Primaria*. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005;7(Supl I):S 13-20.
18. Goes VF, Soares BM, Vieira DG, Dal R, Cortese M et al. Avaliação do Estado Nutricional e do consumo alimentar de pré-escolares atendidos nos centros municipais de educação infantil de Guarapuava-PR. *Alim Nutr*. 2012;23(1):121-9.
19. Motter AF, Vasconcelos FAG, Correa EM, Andrade DF. Pontos de Venda de alimentos e associação com sobrepeso/obesidade em escolares de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(3):620–32.
20. Lei 1085 [Internet]. Institui o plano de prevenção da obesidade infantil da rede municipal de educação do município de São José do Alegre, 2013. [cited 2016 Jan 19]. Available from: http://www.saojosedoalegre.mg.gov.br/docs/legislacao/LEI_1085.pdf
21. Lei 14095 [Internet]. Institui o mês da saúde preventiva da obesidade infantil, no âmbito do município de São Paulo, e dá outras providências, 2005. [cited 2016 Jan 19]. Available from: <http://cm-sao-paulo.jusbrasil.com.br/legislacao/805852/lei-14095-05>
22. Secretaria Municipal da Saúde de Marília. Turminha da Saúde [Internet]. Marília: Prefeitura Municipal de Marília. [2015?] – [cited 2016 Jan 19]. Available from: <http://turminhadasaude.blogspot.com.br/p/caoim.html>.
23. Chiarpenello J, Castagnani V, Riccobene A, Baella A, Strallnicoff M, Fernández L et al. Hábitos dietários em niños obesos .*Rev. Méd. Rosario*. 2015;82:64-8.

24. Kneipp C, Habitzreuter F, Mezadri T, Höfelmann DA. Excesso de peso e variáveis associadas em escolares de Itajaí, Santa Catarina, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2015;20(8):2411–22.
25. Espinoza-Silva M, Aguilar-Farías N. Estado nutricional y capacidad física em escolares de 4 a 7 años em um establecimiento escolar público de Chile. *Nutr Hosp.* 2015;32(1):69–74.

APÊNDICE B - Encaminhamento nutricional

Escola: _____

Aluno: _____ Data Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ nº _____

Encaminhamos para avaliação e conduta, por se tratar de escolar com risco nutricional.

Bauru, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do responsável pelo encaminhamento

APÊNDICE C - Questionário aos Pais/Responsáveis pelas crianças

Nome do Pai/Responsável pela criança: _____

Idade: _____

Escolaridade: () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto

() 2º grau completo () ensino superior completo

1-Cor de sua pele é:

() branca

() negra

() parda ou morena

() amarela (apenas ascendência oriental)

() vermelha (confirmar ascendência indígena)

() não sabe

() não quis informar

2-Qual seu estado conjugal atual?

() solteiro(a)

() casado(a) legalmente

() têm união estável há mais de seis meses

() viúvo

() separado ou divorciado

() não quis informar

3-REND A FAMILIAR:

() até 1 salário mínimo (R\$722,00)

() 2 salários mínimos

() 3 salários mínimos

() acima de 4 salários mínimos

4-O(a) sr(a) tem plano de saúde ou convênio médico?

- ☐ sim, apenas 1
- ☐ sim, mais de um
- ☐ não
- ☐ não quis informar

5-Você acha que seu filho está:

- ☐ peso normal ☐ acima do peso ☐ abaixo do peso

6-Idade da Criança _____

Peso ao nascer (kg): _____

Altura ao nascer(m): _____

7- Realizou Aleitamento Materno?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Por quanto tempo?

- ☐ menos de 6 meses
- ☐ por 6 meses
- ☐ mais de 6 meses

8-Aferições a serem medidas pelo pesquisador

Peso: _____ kgs

Altura: _____ m

IMC(kg/m²): _____

Circunferência da cintura: _____ cm

9-Em quantos dias da semana seu filho(a) costuma comer feijão?

- ☐ 1 a 2 dias por semana
- ☐ 3 a 4 dias por semana
- ☐ 5 a 6 dias por semana
- ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)

☐ quase nunca

☐ nunca

10-Em quantos dias da semana, seu filho(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, Abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?

☐ 1 a 2 dias por semana

☐ 3 a 4 dias por semana

☐ 5 a 6 dias por semana

☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)

☐ quase nunca

☐ nunca

11- Em quantos dias da semana, seu filho(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?

☐ 1 a 2 dias por semana

☐ 3 a 4 dias por semana

☐ 5 a 6 dias por semana

☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)

☐ quase nunca

☐ nunca

12-Num dia comum, seu filho(a) come este tipo de salada:

☐ no almoço (1 vez no dia)

☐ no jantar ou

☐ no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

13. Em quantos dias da semana, seu filho(a) costuma comer verdura ou legume cozido junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?

- ☐ 1 a 2 dias por semana
- ☐ 3 a 4 dias por semana
- ☐ 5 a 6 dias por semana
- ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

14-Num dia comum, seu filho(a) come verdura ou legume cozido:

- ☐ no almoço (1 vez no dia)
- ☐ no jantar ou
- ☐ no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

15-Em quantos dias da semana seu filho(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?

- ☐ 1 a 2 dias por semana
- ☐ 3 a 4 dias por semana
- ☐ 5 a 6 dias por semana
- ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

16- Quando seu filho(a) come carne vermelha com gordura, seu filho(a) costuma:

- ☐ tirar sempre o excesso de gordura
- ☐ comer com a gordura
- ☐ não come carne vermelha com muita gordura

17- Em quantos dias da semana o seu filho(a) costuma comer frango/galinha?

- ☐ 1 a 2 dias por semana
- ☐ 3 a 4 dias por semana

- ☐ 5 a 6 dias por semana
- ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

18- Quando seu filho(a) come frango/galinha com pele, seu filho(a) costuma:

- ☐ tirar sempre a pele
- ☐ comer com a pele
- ☐ não come pedaços de frango com pele

19- Em quantos dias da semana seu filho(a) costuma tomar suco de frutas natural?

- ☐ 1 a 2 dias por semana
- ☐ 3 a 4 dias por semana
- ☐ 5 a 6 dias por semana
- ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

20- Num dia comum, quantas copos seu filho(a) toma de suco de frutas natural?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 ou mais

21- Em quantos dias da semana seu filho(a) costuma comer frutas?

- ☐ 1 a 2 dias por semana
- ☐ 3 a 4 dias por semana
- ☐ 5 a 6 dias por semana
- ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

22- Num dia comum, quantas vezes seu filho(a) come frutas?

- ☐ 1 vez no dia
- ☐ 2 vezes no dia
- ☐ 3 ou mais vezes no dia

23- Em quantos dias da semana seu filho(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?

- ☐ 1 a 2 dias por semana
- ☐ 3 a 4 dias por semana
- ☐ 5 a 6 dias por semana
- ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

24- Que tipo?

- ☐ normal
- ☐ diet/light/zero
- ☐ ambos

25- Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ou + ☐ não sabe

26- Em quantos dias da semana seu filho(a) costuma tomar leite? (não vale soja)

- ☐ 1 a 2 dias por semana
- ☐ 3 a 4 dias por semana
- ☐ 5 a 6 dias por semana
- ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

27- Quando seu filho(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

- ☐ integral
- ☐ desnatado ou semi-desnatado
- ☐ os dois tipos
- ☐ não sabe

28- Com que frequência seu filho(a) costuma tomar café da manhã fora de casa?(não vale só cafezinho)

- ☐ 1 a 2 dias por semana
- ☐ 3 a 4 dias por semana
- ☐ 5 a 6 dias por semana
- ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

29- Com que frequência seu filho(a) costuma comer na escola?

- ☐ 1 a 2 dias por semana
- ☐ 3 a 4 dias por semana
- ☐ 5 a 6 dias por semana
- ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

30- Geralmente, ele(a) faz quais refeições?

- ☐ Café da manhã
- ☐ colação (lanche do meio da manhã)
- ☐ Almoço
- ☐ Café da tarde
- ☐ Janta

31- Essas refeições são da merenda escolar ou são lanches comprados em cantina?

☐ Merenda escolar

☐ Cantina

Atividade Física

32- Nos últimos três meses, seu filho(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

☐ sim

☐ não

33- Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que seu filho(a) praticou?

☐ caminhada

☐ caminhada em esteira

☐ corrida

☐ corrida em esteira

☐ musculação

☐ ginástica aeróbica

☐ hidroginástica

☐ ginástica em geral

☐ natação

☐ artes marciais e luta

☐ bicicleta

☐ futebol

☐ basquetebol

☐ voleibol

☐ tênis

☐ outros

34-Seu filho(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?

☐ sim

☐ não

35- Quantos dias por semana seu filho(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?

☐ 1 a 2 dias por semana

☐ 3 a 4 dias por semana

☐ 5 a 6 dias por semana

☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)

36- No dia que seu filho(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

☐ menos que 10 minutos

☐ entre 10 e 19 minutos

☐ entre 20 e 29 minutos

☐ entre 30 e 39 minutos

☐ entre 40 e 49 minutos

☐ entre 50 e 59 minutos

☐ 60 minutos ou mais

37- Em média, quantas horas por dia seu filho(a) costuma ficar assistindo televisão?

☐ menos de 1 hora

☐ entre 1 e 2 horas

☐ entre 2 e 3 horas

☐ entre 3 e 4 horas

☐ entre 4 e 5 horas

☐ entre 5 e 6 horas

☐ mais de 6 horas

☐ não assiste televisão

Estado de Saúde da Criança

38-O(a) sr(a) classificaria o estado de saúde de seu filho(a) como:

- ☐ muito bom
- ☐ bom
- ☐ regular
- ☐ ruim
- ☐ muito ruim
- ☐ não sabe/ não quis informar

39- Algum médico já lhe disse que seu filho(a) tem pressão alta?

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ não lembra

40- Quando foi a última consulta médica em que a pressão de seu filho(a) foi medida?

- ☐ há menos de 1 ano
- ☐ entre 1 e 2 anos
- ☐ entre 2 e 3 anos
- ☐ entre 3 e 4 anos
- ☐ entre 4 e 5 anos
- ☐ há mais de 5 anos
- ☐ nunca mediu pressão em uma consulta médica
- ☐ nunca realizou consulta médica

41-Seu filho(a) já fez algum exame para medir açúcar no sangue (glicemia)?

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ não sabe/Não lembra

42- O resultado do exame estava:

- ☐ dentro da normalidade

- ☐ no limite
- ☐ alterado
- ☐ não lembra

43- Seu filho já passou por atendimento devido ao peso?

- ☐ Sim
- ☐ Não

44- Se sim, qual foi a conduta do profissional de saúde:

- ☐ Orientações quanto à dieta e exercícios físicos
- ☐ Solicitou exames
- ☐ Encaminhou para um especialista

45- Esta intervenção auxiliou no tratamento de seu filho quanto ao peso?

- ☐ Sim
- ☐ Não

APÊNDICE D - Questionário aos Professores

- 1- Há rotina estabelecida para o encaminhamento da criança com excesso de peso a um atendimento por profissional da saúde?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
- 2- Se sim, como está estabelecida esta rotina?
- ☐ Encaminha carta ao pai/responsável pela criança solicitando atenção à esta situação
 - ☐ A questão é discutida no conselho da escola para então serem tomadas medidas a respeito
 - ☐ Solicita comparecimento do pai/responsável e encaminha a um atendimento por profissional da saúde

APÊNDICE E- Questionário da Alimentação Escolar

- 1- Como está estabelecida a rotina da merenda?
- 2- A distribuição da merenda se dá em escolas municipais e estaduais?
(X) Sim () Não
- 3- Como está elaborado o cardápio das crianças?
- 4- Nas escolas públicas, além da merenda existe cantina?
- 5- Quais os alimentos e preparações mais comumente oferecidos na merenda?
- 6- Qual alimento/preparação é melhor aceita?
- 7- Qual alimento/preparação é menos aceito?
- 8- Como funciona o Projeto Alimentação Saudável?

APÊNDICE F - Check-list Cantinas

Escola: _____

Data: ____/____/____

Responsável pela cantina: _____

1- Selecione os alimentos que são oferecidos pela cantina:

- () Salgados tipo “chips”
- () Salgados assados (enrolado de presunto e queijo, pão de batata recheado...)
- () Salgados fritos (coxinha, risoles...)
- () Lanches (x-burger, x-salada, misto quente, cachorro-quente...)
- () Refrigerantes
- () Sucos artificiais
- () Sucos naturais
- () Frutas
- () Barrinhas de cereais
- () Doces (chocolates, balas, bombons, sorvetes..)
- () Outros

2- Quais os alimentos que mais são vendidos nesta cantina?

APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Pais)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**
(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 466/12-
CNS-MS)

O sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada **“Obesidade em Escolares: Prevalência e Proposta de Intervenção”**, que pretende estudar a prevalência de crianças com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) de escolas públicas do município de Bauru; analisar fatores sociais e alimentares associados a este problema nutricional. Por meio dos dados obtidos, pretende-se elaborar uma Proposta de um Centro de Atendimento Multiprofissional às crianças, para o cuidado daquelas identificadas com excesso de peso para o município de Bauru, para prevenção e tratamento da obesidade.

O sr(a) foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por ser o pai, mãe ou responsável pela criança que é alvo desta pesquisa. A pesquisa consta de um questionário auto-aplicado com perguntas sobre dados individuais da criança como peso e altura ao nascer, hábitos alimentares e de atividade física, com duração de vinte minutos. Após a coleta e registro de dados, os questionários serão queimados.

O conhecimento dessas características permite identificar o percentual de crianças com sobrepeso ou obesidade no município de Bauru. Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo do seu nome e das informações obtidas por meio do questionário em relação aos dados relatados nesta pesquisa. Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Orientador: Silvia Justina Papini, Rua Salim Kahil 470, apto 401, Botucatu. Fone: (14) 3880-1316 E-mail: spberto@fmb.unesp.br

Assinatura: _____

Pesquisadora: Ana Carolina Viranda Pereira, Rua Quintino Bocaiuva, nº.3-27, Centro, Bauru-SP. Fone: (14) 99715-1288. E-mail: anacarolevc@hotmail.com

Assinatura: _____

APÊNDICE H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (professores)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**
(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 466/12-
CNS-MS)

O sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada **“Obesidade em Escolares: Prevalência e Proposta de Intervenção”**, que pretende estudar a prevalência de crianças com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) de escolas públicas do município de Bauru; analisar fatores sociais e alimentares associados a este problema nutricional. Por meio dos dados obtidos, pretende-se elaborar uma Proposta de um Centro de Atendimento Multiprofissional às crianças, para o cuidado daquelas identificadas com excesso de peso para o município de Bauru, para prevenção e tratamento da obesidade.

O sr(a) foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por ser o(a) professor(a) da criança que é alvo desta pesquisa. A pesquisa consta de um questionário com duas perguntas auto-aplicadas sobre a rotina e conduta da escola frente ao excesso de peso dos escolares, com duração de dez minutos. Após a coleta e registro de dados, os questionários serão queimados.

O conhecimento dessas características permite identificar a rede de atenção existente nas escolas públicas, e as rotinas estabelecidas em relação à Obesidade Infantil no município de Bauru. Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo do seu nome e das informações obtidas por meio do questionário em relação aos dados relatados nesta pesquisa. Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Orientador: Silvia Justina Papini, Rua Salim Kahil 470, apto 401, Botucatu. Fone: (14) 3880-1316 E-mail: spberto@fmb.unesp.br

Assinatura: _____

Pesquisadora: Ana Carolina Viranda Pereira, Rua Quintino Bocaiuva, nº.3-27, Centro, Bauru-SP. Fone: (14) 99715-1288. E-mail: anacarolevc@hotmail.com

Assinatura: _____

APÊNDICE I - Produto: Fluxograma de Encaminhamento de Escolares com Necessidades de Cuidado Nutricional

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o cenário brasileiro se configura com alta e crescente ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, em oposição à redução de doenças agudas, em especial as infecciosas. Houve também redução da prevalência de desnutrição e deficiências de micronutrientes, ainda que estas ainda estejam presentes em populações vulneráveis, e um aumento expressivo do excesso de peso (sobrepeso e obesidade), em todas as faixas etárias. A razão de proporcionalidade do excesso de peso é de um para cada dois adultos e uma para cada três crianças.¹

Reforçando o incentivo na resolução e encaminhamento destes casos, foi publicada a Portaria 424 de 19 de março de 2013², redefinindo diretrizes para a “Organização da Prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas”. Cabe ressaltar que o artigo 2º, incisos: I) define como diretriz o diagnóstico da população assistida no SUS, visando identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade, a partir de seu estado nutricional; III) organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) definindo competências dos pontos de atenção, articulando mecanismos de comunicação entre eles, garantindo recursos de acordo com o planejamento de cada ente federado, tendo como base os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, hierarquização, regionalização e integralidade da atenção; V) investigação e monitoramento de determinantes do excesso de peso (sobrepeso e obesidade); VI) “articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável”; IX) “garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e da obesidade, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas, e X) garantia da oferta de práticas integrativas e complementares para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade”.²

O município de Bauru conta com 17 Unidades Básicas de Saúde e 06 Unidades

de Saúde da Família.

O cenário de atendimento ao excesso de peso das Unidades de Saúde do município de Bauru está constituído por meio de consultas individuais, médicas e de nutricionistas, no intuito de orientar a adoção de hábitos saudáveis de vida (alimentação balanceada, prática de atividades físicas). Nas consultas médicas também podem ser prescritos medicamentos para o auxílio na perda de peso.

É sabido que o processo de mudança de hábito é extremamente complexo, e deve envolver toda a família da criança. Diante desta situação, dá-se a necessidade de ações intersetoriais, no intuito de atuar sobre os determinantes nutricionais e de saúde desta população¹. Apresenta-se assim, proposta de organização (na forma de um fluxograma) do cuidado nutricional dirigido a escolares, tendo como campo centralizador das ações as Unidades Básicas de Saúde do município de Bauru.

2 JUSTIFICATIVA

A pesquisa “Avaliação de Hábitos de Vida e Proposta de Fluxograma de Encaminhamento de Escolares com Necessidades de Cuidado Nutricional”, realizada no município de Bauru, evidenciou que não há fluxo de encaminhamento de crianças com alterações do estado nutricional (desnutrição, sobrepeso e obesidade) estabelecido nas escolas, e que, portanto, fica na responsabilidade dos pais e/ou responsáveis identificar a necessidade de acompanhamento nutricional e/ou médico e procurar auxílio. Avaliou-se as crianças de escolas públicas, estaduais e municipais, de Ensino Fundamental, do 1º ao 5º ano, com idade entre 5 anos e 6 meses a 11 anos completos. Neste sentido, dá-se a importância de estabelecer fluxos intersetoriais para o encaminhamento de crianças com necessidade de cuidado nutricional, para o restabelecimento de sua saúde.

3 OBJETIVO

Estabelecer fluxo de encaminhamento de escolares com necessidades de cuidados nutricionais para realizar acompanhamento nas Unidades de Saúde do município de Bauru.

3.1 RESPONSABILIDADES

3.2.1 Escolas

- a) identificar as crianças e adolescentes com necessidades de cuidados nutricionais;
- b) identificar a Unidade de Saúde da área de abrangência do bairro de residência da criança/adolescente;
- c) encaminhar para a Unidade de Saúde, por meio de impresso ou email os dados de identificação da criança/adolescente, principalmente telefones para contato e endereço para busca ativa, se houver necessidade

3.2.2 Unidades de Saúde

- a) acolher as crianças e adolescentes referenciados pelas escolas;
- b) realizar consultas individuais para diagnóstico
- c) planejar acompanhamento individual e/ou coletivo multiprofissional de acordo com a realidade de cada Equipe de Saúde;
- d) discutir os casos em reuniões de equipe, visando o atendimento integral das crianças e adolescentes;
- e) envolver as famílias no desenvolvimento das atividades;
- f) atuar junto às famílias e comunidade para a mudança dos hábitos de vida saudáveis;
- g) contra referenciar à Escola dados sobre a efetividade da referência e manutenção de acompanhamento.

4 ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

Escolas: realizarão controle das medidas antropométricas (peso e altura) e cálculo de Índice de Massa Corpórea (IMC) no início e ao final de cada ano letivo (APENDICE A), com o auxílio do professor educador físico, com o objetivo de identificar e acompanhar as crianças e adolescentes com risco ou com desnutrição, sobrepeso ou obesidade, usando como referencial para a classificação nutricional os critérios do Ministério da Saúde.

Para as crianças selecionadas, será preenchido um formulário de encaminhamento (APENDICE B) para a Unidade de Saúde da área de abrangência da residência da criança.

Unidades de Saúde: receberão o formulário de encaminhamento preenchido pela escola, e agendarão uma consulta médica, de enfermagem ou com nutricionista para avaliação do caso, dando início ao acompanhamento na rede.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Brasil. Portaria 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF, 2013. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html. Acesso em: 18 dez. 2014. Publicado no Diário Oficial da União em: 19 mar. 2013.