

ESTELA MARINA ALVES BOCCALETTO
ROBERTO TEIXEIRA MENDES
(Organizadores)

Alimentação, Atividade Física e
Qualidade de Vida dos Escolares do
Município de Vinhedo/SP

Campinas - 2009

1ª edição



FICHA CATALOGRÁFICA

AL45 ALIMENTAÇÃO, ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA DOS ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE VINHEDO/SP / ESTELA MARINA ALVES BOCCALETTO, ROBERTO TEIXEIRA MENDES (ORGANIZADORES). -- CAMPINAS: IPES EDITORIAL, 2009.

196p. : IL.

1. ATIVIDADE FÍSICA. 2. NUTRIÇÃO. 3. QUALIDADE DE VIDA. 4. CRIANÇAS-NUTRIÇÃO-VINHEDO (SP). I. BOCCALETTO, ESTELA MARINA ALVES. II. MENDES, ROBERTO TEIXEIRA III. TÍTULO.

CDD - 612.3

613.7

ISBN: 978-85-98189-22-2

ORGANIZADORES

ESTELA MARINA ALVES BOCCALETTO
ROBERTO TEIXEIRA MENDES

DIAGRAMAÇÃO E CAPA

ALEX CALIXTO DE MATOS

REVISÃO

RENATO MIGUEL BASSO

NENHUMA PARTE DESTA PUBLICAÇÃO PODE SER GRAVADA, ARMAZENADA EM SISTEMA ELETRÔNICO, FOTOCOPIADA, REPRODUZIDA POR MEIOS MECÂNICOS OU OUTROS QUAISQUER SEM AUTORIZAÇÃO DO EDITOR

Sumário

	Apresentação.....	5
1	Saúde Escolar e Saúde do Escolar <i>Maria Ângela R. Góes Monteiro Antonio e Roberto Teixeira Mendes</i>	7
2	Alimentação e Crescimento Saudável em Escolares <i>Cleliani de Cassia da Silva</i>	15
3	Influência das Propagandas de Televisão na Alimentação de Crianças e Adolescentes <i>Érica Blascovi de Carvalho</i>	23
4	A Alimentação e a Saúde do Escolar <i>Jaqueline Girnos Sonati</i>	31
5	Dislipidemia Infantil <i>Gerson de Oliveira, Roberto Teixeira Mendes e Estela Marina Alves Boccaletto</i>	39
6	Cantina Escolar <i>Cleliani de Cassia da Silva</i>	47
7	Obesidade e Qualidade de Vida da Criança e do Adolescente <i>Maria Ângela R. Góes Monteiro Antonio e Roberto Teixeira Mendes</i>	57
8	A importância do Lazer Ativo e da Alimentação Equilibrada para os Escolares <i>Érika da Silva Maciel</i>	65
9	Qualidade de Vida & Educação Física: Uma Perspectiva Real e Aplicável <i>Denis Marcelo Modeneze, Renata Serra Sequeira e Suzana Bastos Ribas Koren</i>	71
10	Promoção da Saúde na Escola Através das Aulas de Educação Física <i>Juliana Marin Orfei e Viviane Portela Tavares</i>	81
11	Substâncias Psicoativas no Ambiente Escolar <i>Evandro Murer, Jane Domingues de Faria Oliveira e Roberto Teixeira Mendes</i>	89
12	Empowerment, Direitos Humanos e Qualidade de Vida na Escola <i>Grace Angélica de Oliveira Gomes e André Luiz Papaléo</i>	101
13	Elaboração de Projetos: um Caminho para a Consciência <i>Maria Auxiliadora de Freitas Reis</i>	111

14	O Programa Promoção da Saúde no Ambiente Escolar: Alimentação Saudável e Vida Ativa	119
	<i>Estela Marina Alves Boccaletto, Roberto Vilarta e Roberto Teixeira Mendes</i>	
15	O Município de Vinhedo no período 2005-2008: Aspectos socioeconômicos	123
	<i>Estela Marina Alves Boccaletto, Roberto Vilarta e Roberto Teixeira Mendes</i>	
16	Estado nutricional das crianças de 7 a 10 anos de idade do Município de Vinhedo (SP) em 2005 e 2008, segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde (2007)	133
	<i>Estela Marina Alves Boccaletto, Roberto Vilarta e Roberto Teixeira Mendes</i>	
17	Estado nutricional das crianças de 7 a 10 anos de idade do Município de Vinhedo (SP) em 2005 e 2008: Resultados por região	145
	<i>Estela Marina Alves Boccaletto, Roberto Vilarta e Roberto Teixeira Mendes</i>	
18	Avaliação da Promoção da Saúde para Atividade Física e Alimentação Saudável: ensino fundamental	153
	<i>Estela Marina Alves Boccaletto e Roberto Teixeira Mendes</i>	
19	Propostas para o Desenvolvimento de Plano de Ação Local	187
	<i>Estela Marina Alves Boccaletto, Roberto Vilarta e Roberto Teixeira Mendes</i>	

Apresentação

Durante o período de julho de 2008 a julho de 2009, desenvolveu-se um convênio de cooperação entre a Prefeitura Municipal de Vinhedo (SP) e a Universidade Estadual de Campinas, tendo por objetivo a realização do Programa Promoção da Saúde no Ambiente Escolar: Alimentação Saudável e Vida Ativa sediado na Faculdade de Ciências Médicas e no Grupo Gestor de Projetos Educacionais da UNICAMP.

O Programa é estruturado por ações de avaliação de políticas que envolvem o ambiente e a comunidade escolar, considerando os aspectos particulares do município, identificação de seus principais problemas, reavaliação do estado nutricional dos escolares de 7 a 10 anos de idade e definição de estratégias de ação.

A presente publicação tem como objetivo divulgar à comunidade as conclusões das ações desenvolvidas que envolveram o levantamento de dados sobre as características demográficas e socioeconômicas do município; as principais políticas e programas desenvolvidos nas Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) de 1^{as} a 4^{as} séries com ênfase nas condições do ambiente escolar, educação para a saúde, programas de educação física e nutrição, saúde dos escolares, saúde dos funcionários, envolvimento da família e da comunidade, e a realização de estudo referente ao estado nutricional das crianças de 7 a 10 anos de idade das EMEF do município.

Como principal resultado desse processo é sugerido um repertório de ações específicas levando em consideração a importância da participação popular na identificação e análise crítica da situação encontrada na comunidade escolar, as metas e objetivos que deverão ser traçados e alcançados, o planejamento e estabelecimento das estratégias de ação para a solução dos problemas identificados.

Consideramos esta parceria um exemplo de integração das instituições públicas voltadas para a melhoria da qualidade e das condições de vida, almejando um impacto positivo para o desenvolvimento da cidadania, a construção do conhecimento e a promoção da saúde.

Roberto Teixeira Mendes

*Professor Doutor do Departamento de Pediatria da
Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP*

1

Saúde Escolar e Saúde do Escolar

Maria Ângela R. Góes Monteiro Antonio
Professora Doutora do Departamento de Pediatria da FCM – UNICAMP

Roberto Teixeira Mendes
Professor Doutor do Departamento de Pediatria da FCM – UNICAMP

O termo Saúde Escolar abriga um conjunto tão heterogêneo e contraditório de conceitos, práticas e objetivos que seu uso indiscriminado mais atrapalha do que ajuda na definição de um recorte disciplinar que norteie o “que pensar” e o “que fazer” com relação às questões afetas à saúde no ambiente escolar, à saúde dos alunos e aos problemas de saúde que estão relacionados ao processo de escolarização. Sem falar dos agravos e riscos à saúde dos funcionários e professores, próprios dos trabalhos em escola. Para abrangermos todas essas questões, o termo Saúde Escolar seria adequado, mas normalmente quem está usando o termo está mais voltado a particularidades do ambiente escolar e das crianças que o freqüentam do que ao conjunto abrangente sugerido acima.

Por outro lado, independente do nome que se dê para essa relação entre escola/aprendizado/saúde, há muitas questões de saúde que poderiam ser tratadas a partir da escola, ou com sua participação. Assim nascem as idéias-conceito de Promoção de Saúde no Ambiente Escolar e de Escolas Promotoras de Saúde, criados pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS/OMS, 1996; SBP, 2008).

A idéia inicial de Saúde Escolar data do fim do século XIX e início do século XX, e procurava constituir um programa de atividades que melhorasse a saúde dos alunos e o espaço escolar (arquitetura dos prédios, mobiliário, iluminação, etc.), visando desimpedir o aprendizado dos alunos dos efeitos das condições adversas do ambiente em sua saúde. Desenvolve-se assim toda a normatização da arquitetura e dos equipamentos escolares (mesas, cadeiras, etc.), bem como ro-

tinhas de avaliação médica dos alunos, o que incluía: exames odontológicos e oftalmológicos, testes de audição, avaliação postural, antropometria, ausculta pulmonar e cardíaca, entre outras.

A Saúde Escolar, como concebida, fazia parte do conjunto de ações do que se convencionou chamar “Modelo Higienista” da saúde pública brasileira, que vislumbra a possibilidade de superar os agravos de saúde decorrentes das condições concretas de vida, por meio de ações de controle e intervenção nos problemas de saúde mais frequentes

Para a diminuta quantidade de escolas existentes no período, as atividades médicas e as normatizações da infra-estrutura pareciam ser factíveis, em que pese o fato das atividades médicas e das intervenções de saúde no ambiente escolar carecerem de efetividade, por vários motivos cuja discussão não caberia neste espaço (SBP, 2008; MOYSES e LIMA, 1982; LIMA, 1983; COLLARES e MOYSES, 1996).

Não obstante, uma ampla estrutura de Saúde Escolar foi montada pela secretaria Estadual de Educação e Saúde na década de 30, em São Paulo, incluindo a contratação de médicos e a instalação de ambulatórios de especialidades (oftalmologia, pediatria, odontologia), assim como a instalação de consultórios odontológicos nas escolas. Médicos e dentistas deveriam visitar regularmente as escolas.

Com a ampliação do número de escolas, para dar conta da demanda, as normas de infra-estrutura são deixadas de lado, bem como a qualificação dos professores e do ensino, num amplo nivelamento “por baixo” da escola pública, fato conhecido e lamentado pelo conjunto dos ex-alunos das antigas boas escolas públicas, e também por todos os que valorizam a educação pública de qualidade como o principal vetor de desenvolvimento de um país e a base de uma democracia justa.

À par desse nivelamento “por baixo”, a Saúde Escolar nunca impactou de fato os níveis de aprendizagem dos alunos, por dois motivos básicos. Primeiro, por melhor que seja a infra-estrutura e a atividade de um sistema pensado com aquele objetivo e com aquele formato, os problemas que afetam a aprendizagem não são de ordem médica, mas sim da esfera pedagógica, envolvendo desde a inadequação da escola e dos métodos de trabalho em relação aos alunos, como a carência de um sistema educacional que incluísse as crianças desde os primeiros anos de vida em um processo de socialização amplo, no qual a escolarização formal é um dos elementos, mas não

o único. Sabe-se que o Brasil é um dos únicos países do mundo em que a criança permanece na escola por apenas meio período, o que por si só já gera expectativas de uma tarefa pedagógica à cargo dos pais, que por vários motivos não tem como desempenhá-la (MOYSES e LIMA, 1982; LIMA, 1983; COLLARES e MOYSES, 1996).

Nesse movimento de ampliação do acesso à escola pública para as crianças das classes populares, a falta de planejamento e de financiamento, a desqualificação da escola e dos processos pedagógicos, o despreparo do professor, o descaso, tudo decorrente da perspectiva com que os governantes desse amplo período da história brasileira trataram as políticas sociais, ocorre uma consolidação de preconceitos que atribuem basicamente à criança e à sua família as causas do fracasso escolar (MOYSES e LIMA, 1982; LIMA, 1983; COLLARES e MOYSES, 1996; SUCUPIRA e MOYSES, 1998).

A Escola e o Setor Saúde

Para essa situação, contribuiu a convivência da Educação com a estrutura de Saúde Escolar, o que veio a revestir com um verniz científico os preconceitos sobre as causas do fracasso escolar, apoiados no prestígio que a medicina e as profissões de saúde já gozavam perante a sociedade em geral. Assim, desde então e de momento em momento, surgem explicações “científicas” para o baixo aprendizado: a verminose, o amarelo, a anemia, a desnutrição, a disfunção cerebral mínima, a hiperatividade e a “coqueluche” do momento, o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Não por acaso, todos tratáveis pelos médicos e outros especialistas, com uso de medicamentos e terapias. Imagine-se a oportunidade de mercado para essas profissões, terapias e medicamentos, e teremos um quadro dos interesses envolvidos no seu desenvolvimento.

Fugindo dessa visão estreita da questão da aprendizagem e do que é a questão da saúde afeta aos processos pedagógicos, entendemos que o atendimento médico ou especializado do escolar deve ser tarefa do SUS, e que toda criança deve estar acompanhada na Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua região. Isso não garante distância dos preconceitos sobre dificuldades escolares, pois muitos médicos e profissionais atuantes nas UBS entendem que a criança que não aprende na escola tem muito provavelmente algum déficit ou problema de ordem psico-biológica. No entanto, no mínimo, desonera-

se a escola de mais essa tarefa (Controle de Saúde), entre outras que atravancam o trabalho cotidiano naquele ambiente.

Nesse sentido, é atribuição das UBS conhecer sua área de cobertura, ocupando-se não só das famílias no ambiente restrito da moradia, mas dentro da perspectiva da territorialidade, à qual se incorporam os espaços escolares. O desenvolvimento de uma a interação entre as escolas e creches e as UBS é a base de uma nova abordagem da “Saúde Escolar”, redistribuindo tarefas e responsabilidades em uma ação convergente e pactuada em direção às legítimas necessidades de saúde da criança em idade escolar, em sua dimensão individual ou coletiva, assim como das escolas, creches e espaços de convívio dessas crianças.

Considerando essa compreensão da relação Escola-Saúde, assim como as potencialidades das instituições escolares em contribuir para a saúde, surgem novas perspectivas, que se expressam em propostas como as de Promoção da Saúde no Ambiente Escolar e escolas Promotoras da Saúde (OPAS/OMS, 1996; SBP, 2008).

Se entendermos que saúde decorre de processos complexos, decorrentes do modo de vida, será possível contribuir para a saúde das pessoas e das comunidades através de ações que resultem na oferta de serviços de saúde adequados nas Unidades Básicas de Saúde, no desenvolvimento de uma vida ativa e culturalmente elevada, na criação e manutenção de ambientes físicos e psico-sociais saudáveis dentro e fora da escola, e no desenvolvimento de um padrão alimentar adequado à cultura regional.

Especificamente com relação ao binômio Saúde / Escola, pode-se buscar uma maior compreensão dos determinantes do processo saúde-doença, por um lado, e das dificuldades de escolarização, por outro.

Se a compreensão da saúde como um processo (e não como um estado) desloca para o modo de vida e para o acesso a políticas sociais o foco da determinação primordial do ser saudável, os conceitos sobre saúde/doença e sobre a conservação da saúde se ampliam de uma base biológica para uma visão integral do indivíduo e da sociedade, gerando novas abordagens e possibilidades de atuação. Nesse aspecto, e como parte fundamental da socialização dos indivíduos, vislumbram-se novas potencialidades para a escola, incluindo as creches e o ensino infantil.

A Aquisição de Hábitos Saudáveis

As crianças adquirem seus hábitos em dois ambientes que podem e devem estar em permanente diálogo: a própria família e a escola. Já o conhecimento que fundamentará uma compreensão sobre hábitos saudáveis, direitos, possibilidades, autonomia de decisão com base na razão, basicamente se adquire na escola, em que pese o enorme contingente de publicações e abordagens pela mídia das questões de saúde (revistas, notícias de jornal, programas de televisão e rádio, etc). Para a criança e o jovem escolares, a escola é a guardiã da informação segura, onde eles podem “checar” a pertinência das informações que estão na mídia.

Desse ponto de vista, a escola deve assumir essa tarefa pedagógica de conservar hábitos saudáveis, seja por relação aos alunos, seja com relação ao ambiente, aos professores e aos funcionários.

De imediato se pode pensar a escola lidando com a merenda, a cantina, a atividade física, o lazer, a expressividade (e as artes?), a convivência pacífica e a construção dos comportamentos solidários.

Ampliando a função social da escola para além de seus muros, a inclusão das famílias, a interação com a comunidade, com os equipamentos sociais (praças, clubes, núcleos), com as associações de bairro e as instituições filantrópicas, com a UBS, certamente potencializaria as ações de cada uma dessas instâncias, em busca de uma sociedade mais saudável e solidária. Em última análise, para que as crianças e jovens em idade escolar conservem e promovam sua saúde, precisa-se muito pouco de médicos, remédios e terapias, mas muito de uma vida melhor, considerando que a sociedade organizada, da qual a escola é parte fundamental, é mais capaz de impactar políticas públicas que respondam a seus anseios do que a ação isolada de seus membros.

É fundamental ter claro neste momento que, assim como não se deve atribuir principalmente às crianças ou à sua constituição biopsíquica as causas da dificuldade de aprendizado e de escolarização, também não se deve atribuir à escola (essa que aí já está) e a seus professores, a responsabilidade última pela mudança nos conceitos pedagógicos e nas práticas sociais que fundem uma nova relação Escola/Aluno/Sociedade capaz de contribuir na promoção da saúde das crianças (futuros adultos) e da sociedade em geral.

Articulação Escola / Sociedade

De fato, com a mudança dos paradigmas referentes ao processo saúde-doença, todo um vasto campo vazio referente às relações entre políticas e instituições públicas, de um lado, com a sociedade e os cidadãos, de outro, é aberto para experiências de interação (às vezes com conflitos de visão e proposições) cujo modelo mais visível é a já consistente organização do Sistema Único de Saúde, com seus conselhos locais, municipais e estaduais, bipartites, tripartites, conferências nacionais, etc., incluindo mais recentemente a estruturação da assistência básica no Programa de Saúde da Família.

O que se quer apontar é que não vamos mudar um perfil de saúde dos escolares apenas com aulas sobre hábitos saudáveis, do mesmo modo que não se muda o perfil de adoecimento por hipertensão e diabetes dos adultos apenas com orientações e medicamentos.

Discursos competentes, sobre o que faz bem e o que faz mal, estão disponíveis na mídia e em textos mais ou menos científicos de modo já saturado. Nunca tivemos tanto conhecimento bem balizado sobre o que são hábitos de vida saudáveis, mas as doenças preveníveis pelos hábitos saudáveis tampouco nunca tiveram incidência tão alta. Alguém poderia argumentar que, não houvesse o conhecimento e sua divulgação, estaríamos pior, o que é fato. Mas é fato também que as pessoas em geral não mudam de vida só porque alguém ou algo as informa sobre riscos. O alcoolismo e o tabagismo são exemplos clássicos dessa contradição.

Escola e Políticas Públicas

Acreditamos que a escola seja ainda a principal instituição de socialização da criança, em complementação à família, e assumir esse papel nas questões que envolvem a saúde poderá criar uma nova dinâmica na relação com os alunos, seus familiares e a comunidade, por um lado, e na instituição de políticas públicas que respondam a novas demandas geradas por essa interação, por outro.

Recentemente, o governo federal, por decreto presidencial, instituiu o Programa Saúde na Escola (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), que objetiva beneficiar 2 milhões de alunos de escolas prioritizadas em 2008. Essa iniciativa, em que pese haver um esforço de ampliação do acesso dessas crianças de 697 municípios a várias ações de

saúde, retoma uma compreensão já ultrapassada do que é problema de saúde referente à escolarização e, pior, realocaliza dentro da escola um conjunto de ações que deveriam estar acessíveis ao conjunto da população cotidianamente na estrutura do SUS.

Estima-se que “até 2011, cerca de 26 milhões de alunos terão atenção integral à saúde por meio das Equipes de Saúde da Família nas escolas da rede pública...” (grifo nosso). “Para os quatro anos do programa estão previstas 5 milhões de consultas oftalmológicas, oferecimento de 460 mil óculos, 800 mil avaliações auditivas e oferecimento de 33 mil próteses auditivas”. Os recursos envolvidos são de R\$34.484.400,00/ano atrelados a determinados padrões mínimos de organização do Programa de Saúde da Família desses municípios.

Há outras ações envolvidas, como: avaliação das condições de saúde; promoção de saúde e prevenção; educação permanente e capacitação dos profissionais e jovens (para ações educativas); monitoramento e avaliações de saúde dos estudantes. Todas as ações fundamentais para a saúde desse grupo populacional, sendo os objetivos do programa bastante ambiciosos e necessários. O que se aponta é a necessária adequação de objetivos e métodos, e sua especificação para realidades muito distintas existentes nos municípios e estados brasileiros.

Se não houver um diálogo das escolas com sua comunidade, de modo a compreender as prioridades locais com relação às questões de saúde, novamente as políticas serão baixadas de modo muito homogêneo, não respondendo às necessidades e às particularidades locais. Nesse sentido, é possível serem novamente fortalecidas as correntes que entendem que saúde escolar é conceito afeto a um recorte bio-psíquico, e os recursos sejam aplicados novamente nas estruturas médico-psíco-terapêuticas, operando no interior das escolas e sem o controle social devido.

Nos capítulos que se seguem será possível notar uma preocupação com a abordagem das questões de saúde escolar e de saúde do escolar filiada às correntes que enxergam grandes potencialidades da escola no incremento da consciência sobre saúde e na implementação de diálogos com pais, comunidade e poder público, almejando uma melhor qualidade de vida. Eles não abrangem o universo das questões dessa temática, mas pontuam assuntos fundamentais com análise e sugestões de práticas que podem ajudar os professores e a escola a adotarem um novo padrão de abordagem da saúde no âmbito pedagógico e no espaço de atuação social da escola.

Referencias Bibliográficas

COLLARES, C.A.L.; MOYSES, M.A.A.; **Preconceitos no Cotidiano Escolar: ensino e medicalização**. Cortez/FE-FCM Unicamp, São Paulo, 1996.

LIMA, G.Z. **Saúde Escolar e Educação**. Cortez, São Paulo, 1983.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Saúde na Escola**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/programa_saude_na_escola.php>. Acesso em 20 junho 2009.

MOYSES, M.A.A.; LIMA, G.Z. Desnutrição e Fracasso Escolar: uma relação tão simples? **Revista da ANDE**, v.1, nº5, p.57-61, 1982.

OPAS/OMS. **Escuelas Promotoras de Salud. Modelo y Guia para la Accion**. Washington DC, 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>> Acesso em 20 junho 2009.

SUCUPIRA, A.C.L.; MOYSES, M.A.A. Dificuldade Escolar. In Sucupira, A.C.L, (org.). **Pediatria em Consultório**. Ed. Sarvier, São Paulo, 1998.

2

Alimentação e Crescimento Saudável em Escolares

Cleliani de Cassia da Silva

Especialista em Nutrição, Saúde e Qualidade de Vida FEF – UNICAMP

A idade escolar compreende o período da vida que se estende dos 7 aos 10 anos de idade. Nessa fase, o crescimento é lento, porém constante, com uma maior proporção na região dos membros inferiores do que na região do tronco. Em relação à composição corporal, os meninos em geral apresentam maior massa magra que as meninas. Após os sete anos de idade, ocorre um aumento do tecido adiposo em ambos os sexos, sendo um preparo para o estirão puberal. Dependendo da maturidade, algumas crianças podem iniciar o aparecimento dos caracteres sexuais secundários (LACERDA; ACCIOLLY, 2005, In: ACCIOLLY; SAUNDERS; LACERDA, 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006).

Nessa fase, inicia-se a dentição permanente, sendo de extrema importância reforçar os bons hábitos de saúde, como alimentação e higiene, a fim de prevenir a ocorrência de cáries dentárias e outros problemas de saúde (LACERDA; ACCIOLLY, 2005, In: ACCIOLLY; SAUNDERS; LACERDA, 2005).

Nesse período, há um aumento do apetite e melhor aceitação da alimentação, porém, se a criança já tiver hábitos alimentares inadequados, há grande chance dessa inadequação se acentuar e alguns distúrbios alimentares podem persistir, principalmente quando não forem corrigidos (GAGLIONE, 2003, In: LOPES; BRASIL, 2003).

Isso acontece porque a criança em idade escolar começa a desenvolver autonomia para decidir o que quer comer, o que deve ser estimulado em um ambiente saudável, evitando assim, o aumento de casos de obesidade infantil, anemia, constipação intestinal e outros problemas (IRALA & FERNANDEZ, 2001).

A obesidade por ter início nessa faixa etária, devido ao maior interesse que as crianças passam a ter por alguns alimentos muito calóricos (como salgadinhos, *fast-food*, refrigerantes, doces, etc.), cuja ingestão é de difícil controle, bem como pelo sedentarismo, pois a prática de atividade física é substituída pelo uso do computador, *videogame*, televisão, pela falta de espaço e segurança.

Nessa faixa etária, também há um aumento da influência do grupo social (turma) na escolha de alimentos. A alimentação é bastante influenciada pelo tempo que a criança permanece na escola e pelos contatos sociais. Portanto, colegas, professores, treinadores, ídolos do esporte e outras amizades influenciam muito nos hábitos alimentares (LUCAS, 2002, In: MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002).

Alimentação da criança em idade escolar

Vários fatores influenciam o crescimento e a saúde da criança, entre esses, a alimentação se destaca como um dos mais importantes para garantir o adequado crescimento e prevenir carências nutricionais (DEVINCENZI *et al.*, 2004).

O principal problema quanto à alimentação da criança em idade escolar é a qualidade dos alimentos ingeridos, devido ao maior acesso e à preferência a alimentos ricos em energia, gorduras e carboidratos tais como: frituras, salgadinhos, refrigerantes e doces em detrimento dos alimentos ricos em micronutrientes, como as frutas e hortaliças. Esse fato contribui para o aumento de problemas nutricionais, sendo assim, importante estimular a formação e a adoção de hábitos alimentares saudáveis durante a infância e a adolescência (IRALA & FERNANDEZ, 2001; FERNANDES, 2006).

O acesso a uma alimentação saudável nesse período é, portanto, essencial, pois em virtude do crescimento e desenvolvimento dos ossos, dentes, músculos e sangue, as crianças precisam de alimentos mais nutritivos, em proporção ao seu peso, do que os adultos (LUCAS, 2002, In: MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002).

A alimentação do escolar deve fornecer energia adequada para sustentar um ótimo crescimento e desenvolvimento sem excesso de gordura. A ingestão de carboidratos simples (refrigerantes, balas, doces, chocolates, pirulitos, etc.) deve ser controlada para uma boa saúde, e as fibras devem estar presentes para auxiliar no bom funcionamento do intestino. Além disso, a alimentação deve ser rica em vitaminas e minerais, pois a ingestão insuficiente desses nutrientes

pode prejudicar o crescimento e resultar em doenças (LUCAS, 2002, In: MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002).

Um dos fatores para determinar uma alimentação balanceada é estabelecer diretrizes na alimentação diária, isto é, rotinas alimentares bem-definidas, pois não é só a qualidade e a quantidade da alimentação oferecida à criança que é importante. Os horários para as refeições café da manhã, almoço e jantar são importantes, mas os horários para lanches intermediários também devem ser estabelecidos, evitando-se o consumo de qualquer tipo de alimentos nos intervalos das refeições programadas. A falta de disciplina alimentar costuma ser a maior causa dos distúrbios alimentares, comprometendo a qualidade e a quantidade da alimentação consumida (GAGLIONE, 2003, In: LOPES; BRASIL, 2003).

Hábitos alimentares e família

A família é responsável pela transmissão da cultura alimentar. Com ela a criança aprende sobre a sensação de fome e saciedade, e desenvolve a percepção para os sabores e as suas preferências, iniciando a formação do seu comportamento alimentar (RAMOS; STEIN, 2000).

O comportamento dos pais contribui para o hábito alimentar de seus filhos, assim, os pais devem adotar hábitos que gostariam de ver em seus filhos (GAGLIONE, 2003, In: LOPES; BRASIL, 2003).

O estabelecimento do hábito alimentar também está relacionado à maneira como as compras de alimentos são realizadas pela família, uma vez que a criança dificilmente aprenderá a gostar de frutas e verduras se em sua casa a oferta desses alimentos for escassa, mais ainda, se for farta em alimentos industrializados. Dessa forma, é importante ressaltar que a formação de hábitos alimentares saudáveis na criança começa pela conscientização e envolvimento das famílias, sendo importante limitar o consumo de alimentos industrializados de baixo valor nutritivo e/ou ricos em gorduras, açúcar e sódio, como refrigerantes, doces e salgadinhos (GAGLIONE, 2003, In: LOPES; BRASIL, 2003).

Hábitos alimentares e escola

Além da família, a escola exerce influência decisiva na formação dos hábitos e consumo alimentar das crianças. Para isso, durante o planejamento da merenda escolar, os alimentos selecionados para integrarem o cardápio devem estar adequados para a necessidade das crianças, contendo frutas, vegetais, sucos de frutas naturais, pães e biscoitos integrais, etc. O programa de alimentação escolar deve ensinar a optar pelo melhor, instruindo sobre os efeitos que cada tipo de alimento pode causar ao organismo. A merenda hipercalórica e monótona presente na maioria das escolas, e a existência de cantinas em que as crianças têm acesso a alimentos pouco adequados, contribuem para a aquisição de hábitos alimentares deletérios.

Portanto, alimentos de baixo ou nenhum valor nutritivo não devem ser oferecidos no ambiente escolar, quer seja durante a merenda, pelas cantinas ou em festas e eventos realizados na escola.

Os professores e funcionários, enquanto modelos para os alunos, devem evitar o consumo de alimentos de baixo ou nenhum valor nutritivo na escola, já que possuem um papel fundamental para a formação de hábitos saudáveis.

O ambiente escolar é um local ideal para estimular o consumo de alimentos saudáveis por meio da implementação de programas voltados à educação para a saúde, com ênfase nos aspectos alimentares e nutricionais.

Recomendações para a alimentação do escolar

Para garantir o crescimento e desenvolvimento saudáveis (LUCAS, 2002, In: MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (2006) sugerem a adoção das seguintes recomendações:

- O esquema alimentar deve ser composto por cinco ou seis refeições diárias, com horários regulares: café da manhã; lanche da manhã; almoço; lanche da tarde; jantar e algumas vezes lanche antes de dormir;

- A criança não deve permanecer em jejum por longos períodos, pois está em fase de crescimento e necessita de energia e de nutrientes. Portanto, todas as refeições são fundamentais para o desenvolvimento das atividades físicas (ir à escola, brincar, correr, pular) e das atividades intelectuais (capacidade de concentração);
- Controlar a oferta de líquidos (suco, água e principalmente refrigerantes) nos horários das refeições, pois eles distendem o estômago, o que pode dar o estímulo de saciedade precocemente, diminuindo a ingestão de alimentos mais nutritivos. Oferecê-los após a refeição, de preferência água ou sucos naturais. Não proibir refrigerantes, oferecer apenas em ocasiões especiais;
- Proibir alimentos (salgadinhos, balas, doces, refrigerantes, etc) pode torná-los ainda mais atraentes; deve-se limitar o consumo e oferecê-los em horários adequados e em quantidades suficientes para não atrapalhar o apetite da próxima refeição. Ensinar a criança quais são os alimentos mais saudáveis e que devem ser consumidos com frequência, e limitar o consumo de outros menos saudáveis;
- Envolver a criança nas tarefas de realização da alimentação como participar do preparo de lanches, como por exemplo: gelatina com frutas, salada de frutas, barrinhas de cereais, sorvete de suco de frutas, iogurte batido com frutas e cereais, sanduíches de queijo branco com hortaliças;
- Limitar a ingestão de alimentos com excesso de gorduras “trans” e saturadas, sal e açúcar, pois são fatores de risco para as doenças crônicas no adulto;
- A criança em idade escolar não gosta de levar lanche para a escola, preferindo comprar a seu gosto, mas isso pode levar à criação de hábitos alimentares incorretos, portanto, é importante limitar os dias da semana em que a criança vai comprar o lanche e os dias em que ela o levará de casa;
- O ambiente na hora da refeição deve ser calmo e tranquilo, sem a televisão ligada ou quaisquer outras distrações como brincadeiras e jogos. É importante também evitar atitudes negativas como, por exemplo: “Se você comer rápido ou comer tudo, terá sorvete”; “Se você não comer tudo não vai tomar suco”.

- Algumas atitudes positivas podem estimular a criança a comer como: “Quem sabe você gostaria de comer salada hoje?”; “Eu não vou lhe dizer que comer verduras é importante para o seu crescimento, porque você é muito inteligente e já sabe disso”;
- Um dos fatores que pode tirar o apetite e o interesse da criança pelo alimento é a monotonia alimentar, sem variações do tipo de alimento e de preparações, portanto, oferecer uma refeição com grande variedade de cores e texturas, pois a criança se fixa nas cores, na forma e no visual, condições importantes para a aceitação dos alimentos;
- Dar ênfase à ingestão de frutas e vegetais, produtos de grãos integrais, produtos de laticínios com baixo teor de gordura, leguminosas e carne magra, peixes e aves;
- As sobremesas e alimentos doces devem ser oferecidos com pouca frequência e incorporados nas refeições para reduzir sua cariogenicidade;
- As refeições em família ajudam a criança a reforçar os bons hábitos alimentares, portanto, procure fazer pelo menos uma refeição com toda a família reunida;
- Evite oferecer à criança bolachas recheadas ou amanteigadas, pois elas contêm muita gordura. Prefira biscoitos sem recheio, ricos em fibras, como os biscoitos de aveia, torradas integrais, entre outros;
- Evite adicionar açúcar aos achocolatados, pois eles já são adoçados o suficiente;
- Evite substituir refeições por lanches, mas quando for necessário, prefira alimentos saudáveis, que não sejam ricos em gorduras e açúcar;
- Quando as bolachas ou salgadinhos de pacote forem oferecidos, especialmente dos pacotes grandes, coloque uma pequena porção em uma tigela ou prato, nunca oferecer direto do pacote.

Por conseguinte, ao se pensar uma merenda adequada à situação nutricional e ao hábito alimentar dos escolares de hoje, deve-se programá-la mais como um lanche do que como substituição a uma refeição.

Referências Bibliográficas

- DEVINCENZI, M. U. *et al.* Nutrição e Alimentação nos Dois Primeiros Anos de Vida. **Compacta Nutrição**. Vol. V - nº 1 - xxxxx/2004.
- FERNANDES, F. M. **Alimentação e nutrição entre escolares**: caso dos alunos de uma escola do município, Vitória – ES. 2006. 49 f. Monografia (Especialização em Nutrição Clínica) - Curso de Pós-Graduação em Nutrição Clínica, Universidade Veiga de Almeida, Vitória, 2006. Disponível em: <<http://www.ipv-pos.com.br/arquivos/18/Mono%20nutri%20clinica%20final.doc>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2007.
- GAGLIONE, C. P. Alimentação no segundo ano de vida, pré-escolar e escolar. In: Lopes, F. A.; BRASIL, A. L. D. **Nutrição e Dietética em Clínica Pediatria**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 61-62.
- IRALA, C. H.; FERNANDEZ, P. M. Peso Saudável. **Manual para Escolas. A Escola promovendo hábitos alimentares saudáveis**. 2001. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/peso_saudavel.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2007.
- LACERDA, E.M.A.; ACCIOLLY, E. Alimentação do Pré-Escolar e Escolar. In: ACCIOLLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E.M.A. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005. 3ª reimpressão. Cap. 19 p. 369-382.
- LUCAS, B. Nutrição na Infância. In: MAHAN, L. K; ESCOTT-STUMP, S. **Krause: Alimentos, Nutrição & Dietoterapia**. 10ª ed. São Paulo: Roca, 2002. Capítulo 10. 229-246.
- RAMOS, MAUREM; STEIN, LILIAN M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**, Vol. 76, Supl.3, S229-S237, 2000.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação**: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 2006. 64 p.

3

Influência das Propagandas de Televisão na Alimentação de Crianças e Adolescentes

*Érica Blascovi de Carvalho
Bacharel em Nutrição pela Puc-Campinas*

A fase da vida que compreende a infância (5 a 9 anos) e a adolescência (10 a 19 anos) é um período de intensas modificações fisiológicas, psicológicas e sociais (OPAS, 1998). Fatores hereditários, ambientais, psicológicos e nutricionais influenciam as diversas modificações características desse período, que vão desde as transformações do corpo até as mudanças psicológicas. Por ser uma fase marcada por transformações, acaba sendo também o período em que são construídos e consolidados os hábitos alimentares e estilo de vida.

Muitos são os fatores que influenciam nas escolhas das crianças e dos adolescentes, como autoimagem, valores, necessidades fisiológicas, preferências pessoais, experiências e conhecimentos, busca por autonomia, questionamento dos padrões familiares, interação grupal e a mídia, especialmente a televisão (TV).

A TV aberta é a maior fonte de lazer e informação da maioria da população, moldando a visão de nós mesmos e da vida à nossa volta (FISCHER, 2005). Como fonte de informação, a TV goza de “fé pública”, o que acaba por revestir os comerciais e as informações, mesmo incorretas e contraditórias, de uma confiança da qual não são merecedores.

Por isso, ao mesmo tempo em que a TV pode transmitir importantes mensagens sobre a promoção de saúde e prevenção de doenças, a exposição excessiva à mesma parece ser um indicador de aumento nos riscos à saúde. Somos sobrecarregados com diversas informações sobre os mais variados assuntos, e nem sempre essas informações são confiáveis. Quando o ouvinte é uma criança ou um adolescente, muitos hábitos inadequados são reforçados por mensa-

gens diretas ou indiretas presentes na programação e nos comerciais. Além disso, com relação à alimentação, a maior fonte de informação sobre alimentos na televisão são os comerciais.

Propagandas de alimentos na televisão:
criando padrões de consumo

Anúncios de televisão possuem intenso marketing visando estabelecer crenças nutricionais, atitudes e padrão de consumo da juventude (FISCHER, 2005), por saber que essa população, ainda com seu aporte psicológico em formação, é susceptível a consumir aquilo que é valorizado por ela, a fim de sentir um “pertencimento social” (GOMES, 2001). Os jovens são vistos como os primeiros indivíduos dispostos a aceitar novas idéias, o que justifica o interesse da mídia em direcionar os anúncios a essa população.

No período de agosto de 1998 a março de 2000, uma pesquisa realizada no Brasil sobre as propagandas veiculadas em diferentes horários na televisão mostrou que os alimentos são os principais produtos anunciados. Entre eles, 57,8% estavam no grupo de gorduras, óleos, açúcares e doces, e 21,2% eram do grupo de pães, cereais, arroz e massas. No período da pesquisa não foi veiculada nenhuma propaganda sobre frutas e vegetais (ALMEIDA, NASCIMENTO, QUAIOTI, 2002).

Em 2005, uma nova pesquisa foi realizada e os resultados foram similares aos encontrados por Almeida *et al.* em 2002. Através da gravação da programação matutina, vespertina e noturna de 3 canais abertos durante 30 dias, foi constatado que do total de 840 propagandas de alimentos veiculadas nesse período, 47,3% pertenciam ao grupo dos açúcares e doces, seguido por óleos e gorduras (19,3%), pães, cereais, raízes e tubérculos (7,9%), leite e derivados (7,3%), e carnes (1,8%). Novamente, não foi veiculada nenhuma propaganda sobre frutas e vegetais. Esse estudo teve ainda por objetivo verificar a que público tais anúncios eram direcionados, e o resultado mostrou que a maioria se dirigia a crianças, e, em segundo lugar, a adolescentes.

Comerciais de biscoitos recheados e chocolates (dois dos produtos mais anunciados em todo o período da pesquisa), iogurtes, salgadinhos, maioneses, *fast food* e refresco em pó tiveram maior inserção no período da manhã, especialmente em programas voltados ao público infantil. Além desses alimentos, propagandas destinadas a

crianças também anunciavam achocolatados, balas, cereais, goma de mascar, salgadinhos e sobremesas, normalmente utilizando elementos que apelam para suas necessidades sensoriais, psicológicas e sociais (SANTOS, 2007).

Para adolescentes, prevaleceram os anúncios de achocolatados, balas, cereais, chocolates e refrigerantes, com utilização de temas relacionados a essa fase como o “ficar” e “curtir”, ambientados em lugares preferidos desse público, como bares e colégios. Esses anúncios apelam principalmente para o desejo dos jovens de conquistar parceiros e se aventurarem. Nota-se que as propagandas de alimentos em geral enfatizam as emoções em suas mensagens, em sua maioria associando o consumo do produto a uma sensação de prazer, com recompensas sociais e satisfação do ego. Considerações sobre ingredientes e textura dos alimentos normalmente não possuem caráter informativo e sim persuasivo, apelando para o apetite do consumidor (SANTOS, 2007).

Tais anúncios podem acabar transmitindo ao jovem uma idéia equivocada do que é um alimento saudável, pois muitos contêm mensagens enganosas sobre os reais valores nutricionais dos produtos.

O uso de promoções em comerciais direcionados a esse público-alvo também é muito comum, vinculando aos produtos prêmios ou brindes, muitas vezes colecionáveis. Há forte apelo para que o ouvinte adquira o produto, utilizando argumentos que mexem com o psicológico das crianças, ou que fazem alusões a personagens do universo infanto-juvenil, capazes de despertar intenso desejo de consumo. Músicas, *jingles* e *slogans*, de fácil memorização, também são recursos utilizados para atrair a atenção do telespectador (SANTOS, 2007).

Sabe-se que uma exposição de 30 segundos a comerciais de TV é capaz de influenciar a escolha por um determinado produto. Por esse motivo, a maioria dos anúncios publicitários tem essa duração. Propagandas com duração de 15 segundos são, normalmente, direcionadas a crianças, que preferem imagens rápidas e, quanto mais repetitivo for o anúncio, mais lhes chama atenção (SANTOS, 2007). Considerando que os jovens são expostos a aproximadamente 150 a 200 horas de mensagens comerciais por ano, somando algo próximo a 20.000 anúncios (BOYNTON-JARRETT *et al.*, 2003), percebemos como é grande a influência da mídia no campo da alimentação.

Além disso, a mídia molda comportamentos através de exemplos - normalmente pessoas bonitas e bem sucedidas, extremamente magras, anunciando refrigerantes, redes de *fast food* e outros alimentos,

via de regra ricos em açúcar e gordura. Isso acaba influenciando negativamente os valores dos jovens, que passam a achar o consumo desses alimentos normal ou pertinente, e criam expectativas irreais sobre as conseqüências de maus hábitos alimentares, já que as estrelas da televisão raramente são obesas ou sofrem de problemas de saúde relacionados à má alimentação. Ao contrário dessas “estrelas”, as crianças e os adolescentes estão se tornando cada vez mais obesos, apresentando risco de desenvolver diversas doenças crônico-degenerativas.

Além do incentivo ao consumo de determinados alimentos, o tempo gasto vendo televisão limita a realização de atividades importantes, como brincar, ler, praticar atividades físicas e interagir com amigos e familiares, o que contribui para a inatividade, cultivando um hábito sedentário que leva a uma diminuição do gasto energético, sendo assim um importante fator associado à obesidade e ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Promoção da saúde na escola

Os dados aqui apresentados indicam uma situação preocupante no campo da saúde pública. Tais dados são importantes para o estudo de medidas que têm por objetivo alterar o padrão de exposição à TV por parte das crianças e adolescentes, e para o fornecimento de informações corretas a respeito do que é uma alimentação saudável. Como os hábitos formados na infância podem interferir na fase adulta, a implementação de programas educacionais específicos apoiando e sustentando essas mudanças, bem como a promoção de hábitos saudáveis, são de extrema importância. Uma das estratégias seria levar esse assunto às escolas.

O período escolar é fundamental para se trabalhar a promoção da saúde. Além de ser o período de formação dos hábitos alimentares, a escola tem uma função pedagógica específica, que permite o exercício da cidadania e o acesso às oportunidades de desenvolvimento e de aprendizagem (BRASIL, 2002). Para tanto, a educação em saúde na escola deve colaborar com a formação de uma consciência crítica no escolar, ou seja, é necessário ensinar a pensar, para que sejam criados conhecimentos que favoreçam a aquisição de novos hábitos, nova realidade, com práticas que promovam, mantenham e recuperem a própria saúde e a saúde da comunidade da qual faz parte.

A Organização Panamericana de Saúde, consciente da necessidade de esforços para melhorar as condições e qualidade de vida dos escolares, vem apoiando o desenvolvimento das Escolas Promotoras da Saúde como uma estratégia efetiva de Promoção da Saúde no âmbito escolar. A Rede Latinoamericana de Escolas Promotoras da Saúde foi constituída em 1996 na cidade de San José, na Costa Rica, com o intuito de apoiar a formação de alianças, aumentar o rendimento e aproveitamento escolar, aumentar os fatores de proteção e diminuir os de risco, diminuir as inequidades em saúde e educação e melhorar a qualidade da educação e as oportunidades de desenvolvimento integral sustentável de crianças, adolescentes e jovens nas Américas. Deve ser um esforço conjunto dos setores saúde e educação, em que também podem participar outros setores e organizações não governamentais, estudantes, famílias e comunidades (OPAS, 2004).

Quando pretende-se discutir o tema “alimentação”, compreender o fenômeno alimentar em sua complexidade e ter suas habilidades pessoais e consciência crítica desenvolvidas é fundamental para o melhor aproveitamento de momentos privilegiados do cotidiano escolar: a cantina, os lanches trazidos de casa, a própria alimentação doméstica e a merenda escolar, que merece destaque por dar aos alunos a oportunidade de consumir alimentos saudáveis, constituindo um espaço pedagógico para discussão de vários temas de ensino do qual podem participar, além dos professores, os pais, as merendeiras e os próprios alunos.

Em escolas que oferecem a merenda e ainda contam com uma cantina para venda de alimentos, é possível desenvolver trabalhos diversos a respeito da composição e valores nutricionais dos alimentos, inclusive com a comparação da merenda escolar aos produtos oferecidos na cantina. Esse espaço permite ainda que se discutam os reais objetivos da propaganda de gêneros alimentícios, analisando as razões que levam os alunos a optarem por determinados alimentos em detrimento de outros, procurando compreender a subjetividade e sentimentos vinculados aos hábitos alimentares.

Conhecer melhor os fatores que influenciam no comportamento alimentar dos jovens pode levar a intervenções eficazes na redução da morbidade e mortalidade causadas por doenças crônicas.

O que podemos fazer?

Apesar da proteção da legislação em vigor e de princípios éticos pregados pelo Conselho Nacional de Auto-regulamentação Publicitária (CONAR) no Brasil, há distorções na maneira como se compreendem e interpretam os princípios enunciados, acarretando, muitas vezes, o descumprimento das normas. Esse órgão, sozinho, parece não conseguir promover as mudanças necessárias para um resultado satisfatório, já que o julgamento das propagandas é feito após elas terem sido veiculadas – o que permite que os efeitos do anúncio possam já ter se manifestado.

A fim de determinar de forma mais exata e precisa o que é ou não permitido fazer em publicidade dirigida à criança e ao adolescente, foi criado o Projeto de Lei nº 5.921 em 2001, que visava a proibição da publicidade destinada a promover a venda de produtos infantis. O substitutivo mais específico e detalhado desse projeto foi aprovado em 9 de julho de 2008 pela Comissão de Defesa do Consumidor, da Câmara dos Deputados, em Brasília. A lei proposta proíbe qualquer tipo de publicidade dirigida ao público infantil, vetando promoções com distribuição de prêmios ou de brindes colecionáveis, uso de imagens de desenhos animados, animações e atuação de crianças e/ou celebridades com apelo ao público infantil. Publicidade e comunicação mercadológica dirigidas ao adolescente não serão permitidas durante programas de entretenimento voltados a esse público-alvo, e, entre outras restrições, a lei proíbe qualquer tipo de apelo imperativo ao consumo de produtos e serviços (BRASIL, 2008). Se for possível julgar a propaganda antes de sua exibição, considerando as restrições das leis atuais e, caso aprovada, da lei proposta supracitada, a eficiência poderá ser maior.

Além disso, é necessário sensibilizar os escolares sobre a importância de hábitos de vida saudáveis. Trabalhar as práticas alimentares no espaço escolar exige dedicação, força de vontade e idéias criativas. O trabalho deve ser interdisciplinar, com uso de metodologias interativas que permitam que os alunos participem efetivamente das atividades e levem à sala de aula dados de sua realidade, a fim de que o trabalho de educação nutricional seja contextualizado, reflexivo e não meramente prescritivo.

Um trabalho adequado de educação nutricional permitirá que o aluno tenha autonomia para agir em relação aos alimentos de forma adequada, baseando suas escolhas em conhecimentos sobre a

importância de se ter uma alimentação balanceada – o que é fundamental, já que, mesmo com a possível proibição de anúncios publicitários de alimentos voltados a esse público-alvo, guloseimas e alimentos potencialmente prejudiciais à saúde continuarão disponíveis para consumo, muitas vezes sendo consumidos cotidianamente pelos adultos nos domicílios.

Assim, faz-se necessário também conscientizar as crianças e os adolescentes sobre os reais objetivos das propagandas de alimentos: vender os produtos para gerar lucro às empresas. Salvo raras exceções, anúncios publicitários destinados aos jovens não têm por objetivo promover a saúde, apesar de tentarem, muitas vezes, passar tal mensagem aos espectadores imaturos, ainda incapazes de compreender sozinhos a veracidade ou parcialidade das informações.

Analisar as propagandas junto aos alunos, facilitar a compreensão dos apelos emocionais e psicológicos implícitos nos anúncios, bem como ajudá-los a identificar mensagens “enganosas” são algumas atitudes que podem contribuir significativamente para o desenvolvimento da consciência crítica em relação à publicidade. O desenvolvimento de autonomia para realizar escolhas embasadas em conhecimentos sobre a importância de uma boa alimentação e sobre potenciais prejuízos decorrentes do consumo frequente de alguns produtos, contribui para que os jovens prescindam cada vez mais de intervenção profissional.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, S., NASCIMENTO, P.C., QUAIOTI, T.C. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 353-355, jun. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/-scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000300016-&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 novembro 2008.
- BOYNTON-JARRETT, R. *et al.* Impact of television viewing patterns on fruit and vegetable consumption among adolescents. **Pediatrics**, v. 112, n. 6, p.1321-1326, dez. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 533-5, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400022>. Acesso em: 17 novembro 2008.

- BRASIL. **Substitutivo ao projeto de Lei nº 5.921, de 2001.** Dispõe sobre a publicidade e sobre a comunicação mercadológica dirigida à criança ou ao adolescente. Brasília, p. 11-15, jul. 2008. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/571215.pdf>>. Acesso em 23 ago 2008.
- FISCHER, R. M. Mídia e juventude: experiências do público e do privado na cultura. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 25, n. 65, p. 43-58, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622005000100004-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 novembro 2008.
- GOMES, P. B. Mídia, imaginário de consumo e educação. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 22, n. 74, p. 191-207, abr. 2001.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **A Saúde no Brasil.** Escritório de representação no Brasil. Brasília, 1998. 48 p.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Memoria de la Cuarta Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud.** Serie Promoción de la Salud n. 11. Washington, D. C.: OPS, 2006. 54 p.
- SANTOS, S.L. **Influência da propaganda nos hábitos alimentares: análise de conteúdo de comerciais de alimentos da televisão.** 2007. 163 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Departamento de Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

4

A Alimentação e a Saúde do Escolar

Jaqueline Girnos Sonati

Doutoranda da Faculdade de Educação Física FEF – UNICAMP

A saúde da criança e do adolescente depende, dentre outros fatores, de uma alimentação que contemple energia e nutrientes suficientes para seu crescimento e desenvolvimento físico, social e cognitivo. Crianças e adolescentes que não se alimentam de forma adequada às suas necessidades correm riscos de ter um retardo no crescimento, anemia por deficiência de ferro, baixo rendimento escolar, dificuldade de envolvimento social além de aumentar as chances de desenvolver doenças crônicas (câncer, doenças cardiovasculares, osteoporose, obesidade, hipertensão, diabetes) na idade adulta (MARPHY, 1998; HALTERMAN, 2001).

Programas que envolvam a alimentação e a nutrição podem assegurar a saúde de crianças e adolescentes. Esses programas, se desenvolvidos no ambiente escolar juntamente com o envolvimento da comunidade, promovem a saúde respeitando o status social, a etnia, cultura, enfim sua regionalidade.

A má alimentação pode gerar resultados adversos, como: a desnutrição por insuficiência energética; anemia (em média 50% das crianças entre 6 meses e 2 anos são anêmicas); cáries; constipação intestinal; colicistite; sobrepeso e obesidade ainda quando criança.

Atualmente, estamos vivendo uma epidemia mundial de sobrepeso e obesidade. Frente a essa realidade, inúmeros estudos surgem com o objetivo de conseguir uma fórmula mágica que solucione esse problema, mas muitas vezes esquecem que a obesidade é uma doença comportamental complexa, que deve ser evitada na infância, através do desenvolvimento de hábitos saudáveis.

Ribeiro *et al.* (2000), investigou os fatores de risco para obesidade em crianças de 7 – 10 anos de escolas públicas da cidade de São

Paulo e elencou os seguintes fatores: peso ao nascer $\geq 3550\text{g}$; assistir televisão quatro horas ou mais por dia; quatro anos ou mais de escolaridade da mãe; e obesidade dos pais. Isso nos leva a crer que as condições de vida colaboram e muito para a aquisição ou não de hábitos alimentares e de vida saudáveis.

Andrade *et al.* (2003) investigaram o consumo alimentar de adolescentes do ensino público da cidade do Rio de Janeiro e encontraram um maior consumo de alimentos com alto teor energético entre os meninos com sobrepeso e baixo consumo de feijões e carnes. Os maus hábitos alimentares na vida precoce podem determinar alterações nos sistemas anabólicos e catabólicos que levarão a um acúmulo de tecido adiposo mediante modificações pequenas no consumo energético (SICHIERI *et al.*, 1997).

A ciência da nutrição, juntamente com os profissionais da educação, pode colaborar com a formação de hábitos saudáveis de alimentação nas crianças do ensino público e particular.

Frutas, legumes e verduras

O baixo consumo de frutas, legumes e verduras está entre os dez principais fatores de risco para a carga total global de doença em todo o mundo (OMS, 2002). A Estratégia Global sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, descrita pela Organização Mundial de Saúde (OMS), recomenda o aumento do consumo de frutas, legumes e hortaliças dentre as recomendações para a prevenção de doenças crônicas (OMS, 2006). A ingestão recomendada é de 5 porções ou mais de frutas, legumes e hortaliças por dia.

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o consumo diário de três porções de frutas e três porções de legumes e verduras, enfatizando a importância de variar o consumo desses alimentos nas refeições ao longo da semana (MS, 2005).

Esse tipo de alimento tem um valor importante dentro de uma dieta saudável. São alimentos fontes de micronutrientes, fibras e de nutrientes com propriedades funcionais, como, por exemplo, os carotenóides. Carotenóides são pigmentos amarelos, verdes e vermelhos encontrados nos vegetais e com uma função antioxidante que retardam o envelhecimento celular. Ademais, frutas e hortaliças possuem poucas calorias em relação ao volume do alimento consumido, favorecendo a manutenção saudável do peso corporal.

Figueiredo *et al.* (2008) associaram baixa escolaridade e população jovem com baixo consumo de frutas e hortaliças, e Levy-Costa *et al.* (2005) alertam para o aumento da disponibilidade de açúcares e a diminuição da disponibilidade de frutas, legumes e hortaliças nos últimos anos no Brasil.

Os hábitos, preferências e aversões são estabelecidos nos primeiros anos e levados até a fase adulta, quando frequentemente as mudanças de hábitos encontram resistência. Incentivar a criança a comer mais frutas, verduras e legumes é apostar em um futuro mais saudável e assegurar a essa criança a capacidade de escolher melhor seu próprio alimento, uma vez que o excesso de oferta de alimentos poucos saudáveis continuará a fazer parte da sociedade moderna.

Consumo de sódio

O sódio é um mineral amplamente encontrado nos alimentos e muito utilizado na indústria de alimentos para realçar seu sabor e preservá-los. Se prestarmos atenção, quase todos os produtos industrializados possuem quantidades consideráveis de sódio. Se somarmos todo o sódio consumido em um dia vamos deparar com um excesso desse mineral na alimentação. O excesso de sódio tem colaborado e muito para aumentar os níveis da pressão arterial não só em adultos, mas também em crianças e adolescentes. Além do seu papel na hipertensão, a ingestão excessiva de sal está associada a uma maior excreção urinária de cálcio. Atualmente os estudos que relacionam a ingestão de sal e a densidade mineral óssea estão sugerindo que a ingestão elevada de sal pode ser um fator de risco para osteoporose (MAHAN, 2005).

Sopas prontas, temperos em cubos, refrigerantes, salgadinhos, macarrão instantâneo e sucos são apenas alguns alimentos que possuem teor elevado de sódio em sua composição e devem ser utilizados com uma certa cautela.

Uma alimentação pobre em frutas e hortaliças e rica em alimentos industrializados têm sido preditora de agravos à saúde, principalmente nos níveis da pressão arterial (MOLINA, 2003).

Consumo de gorduras

Alimentos com alta densidade calórica geralmente são mais saborosos e proporcionam prazer quando ingeridos. Salgadinhos fritos, recheios, cremes, biscoitos, sorvetes, batata frita são alimentos que agradam o paladar das crianças, mas escondem um nutriente que quando ingerido em excesso proporciona um aumento de peso corporal, aumento de lipídeos sanguíneos e um possível comprometimento da saúde cardiovascular.

Cerca de até 30% das calorias diárias ingeridas devem ser provenientes de gordura, mas devemos nos atentar para a qualidade da gordura ingerida. Gorduras de origem vegetal são mais saudáveis que aquelas de origem animal, dentre elas existem características específicas da espécie envolvida. Óleos vegetais possuem lipídeos funcionais como os ômega 3 e 6 que auxiliam na prevenção de doenças cardiovasculares. A gordura ômega 3 é também encontrada em peixes de água fria como a sardinha e o salmão. A necessidade de se ingerir de 1 a 2 vezes na semana o peixe é devido a essas propriedades funcionais específicas desse tipo de gordura. O azeite de oliva também é rico nesses elementos. Diminuir o consumo de alimentos gordurosos e melhorar a qualidade da gordura ingerida implica em proteger o organismo de patologias crônicas, aquelas que poderão acompanhar o indivíduo por toda vida.

Consumo de açúcares

O aumento do consumo de açúcares é histórico e começou com a produção de cana de açúcar na época do império. Juntamente com o aumento desse nutriente, houve um aumento de doenças, principalmente a cárie dentária, a obesidade e o diabetes mellitus tipo 2.

No Brasil, existe um grande consumo de alimentos ricos em carboidratos simples (açúcar) devido ao seu baixo custo. São alimentos que possuem uma caloria barata, mas vazia. Caloria vazia são calorias que não agregam valor nutricional importante. Diferente de um alimento que possui caloria mas vale a pena consumir pois é fonte de vitaminas, fibras e sais minerais.

Substituir o açúcar por adoçante não é a melhor escolha, o ideal é substituir alimentos doces por frutas frescas ou secas e diminuir o consumo do açúcar de adição.

A combinação entre açúcares e gorduras resulta em obesidade, que nunca vem sozinha: ela sempre acompanha o diabetes, a hipertensão e as dislipidemias (níveis de colesterol e triglicérides elevados). Essas alterações metabólicas podem comprometer a qualidade de vida de uma criança, jovem, adulto ou idoso. A prevenção é a melhor escolha para evitar que a doença se instale e prejudique as coisas boas da vida.

Considerações

O cuidado com a alimentação deve começar ainda no ventre da mãe; ter consciência do que se está comendo é o primeiro passo para se mudar o comportamento alimentar. Por se tratar de mudança de comportamento, é um assunto complexo que envolve não só o indivíduo, mas também o grupo social em que ele está inserido. As principais influências na ingestão alimentar nos anos de desenvolvimento são provenientes do ambiente familiar, tendências sociais, tabus, regras religiosas, meios de comunicação, pressão dos colegas e enfermidade ou doença.

A criança passa parte de sua vida na escola e a outra parte no ambiente familiar, os quais devem somar forças para desenvolver na criança hábitos saudáveis de vida. Nem sempre no primeiro momento a escola ou a família irá fazer uso dessas informações, ficarão guardadas para serem utilizadas na hora necessária. É importante enfatizar que a criança utiliza o professor e os pais como espelho, assim é de extrema importância que os mesmos possuam hábitos de vida saudáveis.

O envolvimento da comunidade é imprescindível para a sustentabilidade das ações de promoção da alimentação saudável. Gaglianone (2006) mostrou em seu estudo com escolas públicas que existe uma ausência de apoio dos dirigentes e demais integrantes das escolas por não perceberem a importância da educação nutricional nessa fase da vida. Conforme as crianças crescem, elas adquirem conhecimento e assimilam conceitos com grande rapidez. Nesse momento, é ideal que se forneça informação nutricional e se promova atitudes positivas sobre todos os alimentos. Esse aprendizado pode ser informal e natural, e pode ocorrer em casa e na escola com os pais e professores como modelos.

A educação sobre nutrição nas escolas deve ser menos formal e mais prática, considerando sempre o nível de desenvolvimento da criança. As refeições, os lanches e as atividades de preparo de alimentos dão às crianças uma oportunidade de praticar e fortalecer seu conhecimento nutricional, assim como de demonstrar seu aprendizado cognitivo.

Como sugestão fica aqui a formação de grupos focais para a elaboração de um guia alimentar que pode conter informações sobre alimentos saudáveis e não saudáveis, sugestões de lanches saudáveis para a cantina da escola e para as preparações da merenda, baseadas na aceitação das crianças.

Referências Bibliográficas

- ANDRADE, R.G. PEREIRA, R.A. SICHIERI, R. Consumo alimentar de adolescentes com e sem sobrepeso do município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1485-1495. set/out. 2003.
- FIGUEIREDO, I.C.R. JAIME, P.C. MONTEIRO, C.A. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 5, p. 777-785, out. 2008.
- GAGLIANONE, C.P. *et al.* Nutrição na Escola pública de São Paulo, Brasil: projeto para reduzir riscos de adoecer e morrer na idade adulta. **Revista de Nutrição**. n. 19, p. 309-320. Campinas. 2006.
- HALTERMAN, J.S. *et al.* Iron deficiency and cognitive achievement among school-aged children and adolescents in the United States. **Pediatrics**. USA, n. 107, p. 1381-1386. 2001.
- LEVY-COSTA, *et al.* Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Rev Saude Publica**. v. 39, n. 4, p. 530-540. São Paulo. 2005.
- MAHAN, L.K. ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição & dietoterapia**. Ed. Roca. 11 ed., p. 162. 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília. 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- MOLINA, M.C.B. *et al.* Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 6, p. 743-750. 2003.

- MURPHY, J.M. *et al.* The relationship of school breakfast to psychosocial and academic functioning: Crossectional and longitudinal observations in an inner-city school sample. **Arch. Pediatrics Adolescents Med.** USA, n. 152, p. 899-907. 1998.
- RIBEIRO, I.C. *et al.* Obesity among children attending elementary public school in São Paulo, Brazil: a case-control study. **Public Health Nutrition.** São Paulo, n. 6, p. 659-663. 2003.
- SICHERI, R. *et al.* Variações temporais do estado nutricional e do consumo alimentar no Brasil. **Physis.** Rio de Janeiro, n. 7, p. 31-35. 1997.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life.** Geneve. 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: fifty-seventh World Health Assembly.** Geneve. 2004. Disponível em: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf

5

Dislipidemia Infantil

Gerson de Oliveira

Mestre em Educação Física FEF – UNICAMP

Roberto Teixeira Mendes

Professor Doutor do Departamento de Pediatria da FCM – UNICAMP

Estela Marina Alves Boccaletto

Doutoranda da Faculdade de Educação Física FEF – UNICAMP

A Dislipidemia é um conceito recente na história da medicina, derivado dos estudos sobre a correlação entre os níveis de gorduras e elementos de sua composição presentes no sangue com a ocorrência de doenças cardiovasculares e metabólicas. Essa correlação hoje é bem conhecida e os níveis elevados dessas substâncias antecedem a ocorrência das doenças em muitos anos.

Sendo assim, as dosagens dessas substâncias podem estimar riscos e ensejar mudanças na alimentação e no modo de vida do indivíduo, procurando evitar as doenças.

Este capítulo visa introduzir ao leitor os conceitos fundamentais do tema, que não é simples, mas que pode ser compreendido no nível em que é tratado aqui.

As dislipidemias são alterações do metabolismo das gorduras, repercutindo sobre os níveis das lipoproteínas – ricas em triglicérides a VLDL (densidade muito baixa), e as ricas em colesterol: a LDL-C, (baixa densidade), a IDL-C (densidade intermediária) e a HDL-C (alta densidade) – e as concentrações de seus diferentes componentes presentes na circulação sanguínea (FAGHERAZZI *et al.*, 2008).

O colesterol é uma substância necessária ao nosso organismo, mas quando suas taxas no sangue se elevam, pode tornar-se um fator de risco para a saúde. Está presente na formação da membrana

das células do corpo e em alguns hormônios, além de servir como uma capa protetora para os nervos. O colesterol é produzido pelo nosso organismo, mas também o ingerimos através de alimentos gordurosos. O colesterol e outras gorduras não podem dissolver-se no sangue. O colesterol não utilizado pelos tecidos deve ser eliminado pelo fígado com a ajuda do colesterol de alta densidade, o HDL-C. (SILVA *et al.*, 2007).

As dislipidemias são fatores determinantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, estando classificadas entre os mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular aterosclerótica, juntamente com a hipertensão arterial, a obesidade e o diabetes mellitus. No Brasil, essas doenças constituem a principal causa de morbimortalidade (CARVALHO *et al.*, 2007).

Esses fatores de risco não são exclusivos de adultos, cada vez mais surgem em crianças e adolescentes e estima-se que atinjam 38,5% das crianças no mundo. A herança genética, o sexo e a idade têm grande importância para o desenvolvimento das dislipidemias (SCHERR *et al.*, 2007).

Pesquisas sobre o perfil lipídico de crianças e adolescentes mostraram que o nível de colesterol na infância é um fator que está diretamente relacionado ao nível dessa substância na idade adulta (CARVALHO *et al.*, 2007).

Há uma tendência mundial para investigar e prevenir as dislipidemias, alterando os fatores de risco precocemente, pois a aterosclerose tem início na infância e pode ser postergada, quando detectada (SCHERR *et al.*, 2007).

Classificações

As dislipidemias podem ser classificadas em primárias e secundárias. As primárias ou sem causa aparente muitas vezes têm origem hereditária. As secundárias são causadas por outras doenças, uso de medicamentos ou estilos de vida (IV DIRETRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATROSCLEOROSE, 2007).

Segundo a IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2007), dentre as causas secundárias encontram-se três grupos de etiologias:

1. Dislipidemias secundárias causadas por doenças: entre as principais doenças que causam dislipidemia na infância, destacam-se a obesidade, hipotireoidismo, hipopituitarismo, diabetes mellitus, síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica, transplantes de órgãos sólidos, síndrome dos ovários policísticos e deficiência de hormônio do crescimento (GH) como seqüela de câncer na infância;
2. Dislipidemias secundárias causadas pelo uso de medicamentos: drogas como corticosteróides, isotretinoína utilizada para a acne grave, inibidores de protease, anti-hipertensivo e ácido valproico se associam a dislipidemias;
3. Dislipidemias secundárias causadas pelos hábitos de vida inadequados: dieta, tabagismo, etilismo e sedentarismo: essas são as mais freqüentes e de mais fácil prevenção e tratamento.

Dislipidemia Infantil

Alguns estudos brasileiros constataram um elevado percentual de dislipidemia em crianças (FARIA *et al.*, 2008; SCHERR *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2007; CARVALHO *et al.*, 2007).

Geralmente, as manifestações clínicas da doença arterial coronariana surgem na idade adulta, mas diversos estudos têm demonstrado que essa doença começa a surgir na infância, de maneira silenciosa, progredindo significativamente a partir dos 30 anos (FARIA *et al.*, 2008).

As dislipidemias no grupo infanto-juvenil são mais freqüentes provavelmente pela mudança de hábitos alimentares associados à redução de atividades físicas (FARIA *et al.*, 2008).

Uma pesquisa realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP), entre 2000 e 2007, com 1.937 indivíduos de ambos os sexos, com idades entre 2 e 19 anos, que foram atendidos em todos os ambulatorios, encontrou valores alterados de colesterol LDL-C e triglicérides, em 44% e 56% das crianças de 2 a 9 anos e em 44% e 50% dos adolescentes de 10 a

19 anos, respectivamente. A hipercolesterolemia (taxas elevadas de LDL-C no sangue) combinada com a hipertrigliceridemia (taxas elevadas de VLDL no sangue) estava presente em 34% das crianças e adolescentes (FARIA *et al.*, 2008).

Tratamento não medicamentoso das dislipidemias

O aumento do consumo de gordura está associado com a maior concentração plasmática de colesterol e a maior incidência de aterosclerose coronária e aórtica (IV DIRETRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEOROSE, 2007).

O tratamento não medicamentoso das dislipidemias depende da aquisição de hábitos alimentares saudáveis e da realização de atividade física.

Aspectos nutricionais

A gordura saturada é a principal causa alimentar de elevação dos níveis de colesterol no sangue. Está relacionada com o aumento do colesterol total, do LDL-C e triglicerídeos e com a redução do HDL-C (o colesterol saudável). A gordura saturada é normalmente encontrada na forma sólida e em produtos de origem animal como leite integral, creme de leite, chantilly, manteiga, queijos gordurosos (provolone, parmesão, mussarela), banha, bacon, toucinho, gordura das carnes, pele das aves e dos peixes. A exceção é feita para a gordura do coco, que é rica em ácidos graxos saturados, apesar de ser um alimento de origem vegetal.

As gorduras poliinsaturadas (os ácidos graxos ômega 3 e ômega 6) exercem efeito positivo sobre o colesterol total, LDL-C e triglicerídeos no sangue e são encontradas em óleos vegetais (girassol, milho, soja, algodão), óleos de peixe e em oleaginosas (castanhas e amêndoa). O ômega-3 promove redução dos triglicerídeos plasmáticos podendo também promover a redução da viscosidade do sangue, maior relaxamento do endotélio (tecido que reveste internamente as estruturas do aparelho circulatório, vasos e coração) e também efeitos antiarrítmicos. É encontrada nos vegetais, como a soja, canola, linhaça e em peixes de águas frias (IV DIRETRIZ BRASILEIRA SOBREDISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEOROSE, 2007).

Os ácidos graxos monoinsaturados (ômega 9) estão relacionados com níveis de triglicerídeos mais saudáveis, diminuição do colesterol total e do LDL-C, e aumento dos níveis de HDL-C no plasma, características importantes para a redução dos riscos cardiovasculares. As principais fontes são o óleo de oliva e canola, azeitona, abacate e oleaginosas (amendoim, castanhas, nozes e amêndoas) (IV DIRETRIZ BRASILEIRA SOBREDISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATHEROSCLEOROSE, 2007).

Os ácidos graxos trans são produzidos durante o processo de hidrogenação dos óleos vegetais (gorduras insaturadas) na produção de margarinas. Os ácidos graxos trans ou gorduras trans possuem uma estrutura semelhante à da gordura saturada, provocando também a elevação dos níveis de colesterol sanguíneos, elevando os níveis de LDL-C e reduzindo o HDL-C. Quanto maior for a consistência da margarina, maior o teor de gorduras trans em seu interior. Outras fontes importantes de gordura trans são: óleos e gorduras hidrogenadas, gorduras industriais presentes nos sorvetes, chocolates, pães e bolachas recheadas, molhos para salada, maionese, cremes para sobremesas e óleos para fritura industrial.

As fibras são carboidratos complexos, não absorvidos pelo intestino. De acordo com sua solubilidade em água são classificadas em fibras solúveis e insolúveis. (1) As fibras solúveis são representadas pela pectina presente nas frutas e pelas gomas presentes na aveia, cevada, feijão, grão de bico, lentilha e ervilha. Elas reduzem o tempo de trânsito gastrointestinal e colaboram com a eliminação do colesterol sendo que o farelo de aveia é o alimento mais rico em fibras solúveis e pode diminuir moderadamente o colesterol sanguíneo. (2) As fibras insolúveis não alteram os níveis de colesterol sanguíneo, mas aumentam a sensação de saciedade, colaborando com a diminuição da ingestão calórica durante as refeições. Estão presentes no trigo (celulose), nos grãos (hemicelulose) e hortaliças (lignina) (IV DIRETRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATHEROSCLEOROSE, 2007).

Segundo a IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2007), a ingestão de proteína de soja pode reduzir o LDL-C. As principais fontes de soja na alimentação são: feijão de soja, óleo de soja, queijo de soja (tofu), molho de soja (shoyo), farinha de soja, leite de soja e a proteína texturizada de soja (PTS) ou proteína vegetal texturizada (PVT). A recomendação de consumo diário é de 25 gramas. Por exemplo, cada 100 gramas de PTS ou PVT contém cerca de 50 gramas de proteína. Para consumir uma quantia equivalente a um

bife pequeno ou 25 gramas é necessário consumir 50 gramas de PTS ou PVT; duas colheres de sopa de leite de soja em pó, necessário para preparar um copo de leite tem cerca de 6 gramas de proteína de soja.

Outros alimentos importantes para uma dieta saudável são: (1) os fitosteróis que são encontrados em todos os alimentos de origem vegetal e desempenham funções semelhantes ao colesterol presente nos alimentos de origem animal. Reduzem o LDC-C por competirem com a sua absorção no intestino. (2) Os antioxidantes, dentre eles, os flavonóides que podem ajudar na prevenção da aterosclerose e doença arterial coronária por diminuïrem a capacidade do LDL-C de produzir depósito de gordura nas paredes das artérias. Os flavonóides são encontrados nas verduras; frutas tais como cereja, amora, uva, morango, jabuticaba; nos grãos, sementes e castanhas; nos condimentos e ervas, bem como nas bebidas derivadas da uva, sucos e vinho tinto, e alguns chás.

Para reduzir a ingestão de colesterol, deve-se diminuir o consumo de alimentos de origem animal, em especial as vísceras, leite integral e seus derivados, embutidos, frios, pele de aves e frutos do mar tais como camarão, ostra, marisco, polvo e lagosta (IV DIRETRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEOROSE, 2007).

Atividade Física

A prevenção e o tratamento das dislipidemias através da atividade física é tema de vários estudos mundiais. Essas práticas, atualmente, estão sendo recomendadas como parte integrante da profilaxia dessas doenças. Um dos maiores benefícios da atividade física regular é a melhora do perfil lipídico em longo prazo. O tipo de exercício que mais atua no metabolismo de lipoproteínas é o aeróbio, porém, exercícios de força e flexibilidade também são recomendados (FAGHERAZZI *et al.*, 2008).

Um estudo realizado com 1.600 escolares de 7 a 14 anos de idade, nas escolas públicas e privadas no município do Rio de Janeiro, revelou a prevalência de 35% de hipercolesterolemia. O valor médio de colesterol total e LDL-C foram superiores nos estudantes da rede particular em relação aos da rede pública e o HDL-C foi maior nos alunos da rede pública, lembrando que níveis elevados de HDL-C é fator protetor para doenças cardiovasculares. (SCHERR *et al.*, 2007).

Scherr *et al.* (2007) concluíram que, apesar dos alunos da rede particular relatarem maior frequência na prática de atividade física, os alunos da rede pública, com renda familiar inferior à das particulares, apresentavam atividade física maior e mais constante em decorrência de suas brincadeiras como futebol, amarelinha, pega-pega e de seus deslocamentos, na maioria das vezes, feitos a pé. Diferentemente, os alunos da rede particular só se exercitavam nos momentos de atividade esportiva. As brincadeiras eram com videogames, computadores ou assistir a televisão, e os deslocamentos, predominantemente, realizados por automóveis.

Outro ponto importante encontrado é relacionado à alimentação. Nas instituições públicas, a alimentação era feita sob supervisão de profissionais da nutrição. Normalmente, para os alunos da rede pública a merenda era a única alimentação, pois não tinham condições financeiras para consumir outros alimentos oferecidos pelas lanchonetes das escolas. Já a rede particular não possuía nutricionistas e as escolas mantinham cantinas, muitas vezes associadas a cadeias de fast-food, cujos alunos apresentavam condições financeiras para o consumo (SCHERR *et al.*, 2007).

Segundo a IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2007), a atividade física regular constitui medida auxiliar para o controle das dislipidemias. A prática de exercícios físicos aeróbios (caminhada, corrida, ciclismo, natação) promove redução dos níveis plasmáticos de triglicérides, aumento dos níveis de HDL-CI, porém sem alterações significativas sobre as concentrações de LDL-C.

Nas atividades aeróbias, recomenda-se como frequência cardíaca de treinamento valores entre 60% e 80% da frequência cardíaca máxima que deve ser estimada através de um teste ergométrico (FAGHERAZZI *et al.*, 2008).

Conclusão

É importante que haja o esclarecimento necessário aos alunos, pais e professores sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, sobre a alimentação saudável e a importância da prática regular de exercícios físicos como medidas preventivas.

Diminuir o número de horas gasto com a TV, vídeo-game e computador estimular a participação dos estudantes em atividades físicas e esportivas, aumentar o número de aulas de educação física e oportunidades para a realização de atividades físicas estruturadas e não estruturadas nas escolas e oferecer alimentos mais saudáveis nas merendas e cantinas escolares são estratégias importantes que conduzem a um estado de saúde não apenas na infância, mas no decorrer da vida do indivíduo, podendo prevenir problemas futuros.

Referências Bibliográficas

- CARVALHO, D.F.; PAIVA, A.A.; MELO, A.S.O. Perfil lipídico e estado nutricional do adolescente. **Rev Bras. Epidemiol**, 10(4): 491-8. 2007.
- FAGHERAZZI, S.; DIAS, R.L.; BORTOLON, F. Impacto do exercício físico isolado e combinado com dieta sobre os níveis séricos de HDL, LDL, colesterol total e triglicerídeos. **Rev Bras Med Esporte**. Vol 14, no. 4, jul/ago, 2008.
- FARIA, E.C.; DALPINO, F.B.; TAKATA. Lípidos e lipoproteínas séricos em crianças e adolescentes ambulatorias de um hospital universitário público. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, 26(1): 54-58, 2008.
- IV DIRETRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEOROSE. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro. 88, suplemento I, abril, 2007.
- SCHERR, C.; MAGALHÃES, C.K.; MALLHEIROS, W. Análise do perfil lipídico em escolares. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro. 89 (2): 73-78, 2007.
- SILVA, R.A.; KANAAN, S.; SILVA, L.E.; PERALTA, R.H.S. Estudo do perfil lipídico em crianças e jovens do ambulatório pediátrico do Hospital Universitário Antônio Pedro associado ao risco de dislipidemias. **J. Bras Patol Med Lab**. Vol 43, no. 2, p. 95-101. Abril, 2007.

6

Cantina Escolar

Cleliani de Cassia da Silva

Especialista em Nutrição, Saúde e Qualidade de Vida FEF – UNICAMP

A escola é, sem dúvida, um ambiente favorável para o desenvolvimento de ações para a promoção da saúde, bem como ao estímulo, formação ou correção de hábitos saudáveis, por ser um espaço social onde muitas pessoas passam grande parte do seu tempo, convivem, aprendem e trabalham (FERNANDES, 2006; BRASIL, 2007).

Muitas escolas incluem no projeto didático pedagógico ações relacionadas à promoção da saúde, porém, há uma profunda incoerência entre o que é aprendido em sala de aula e as práticas e posturas das escolas, principalmente com relação ao tema “alimentação saudável”. Uma questão que geralmente ocorre é a incoerência entre o discurso pedagógico e as práticas alimentares, tanto das merendas escolares quanto da oferta de alimentos nas cantinas (MONTEIRO; LEVY-COSTA, 2004, In: BOLETIM DO INSTITUTO DE SAÚDE, 2004).

No ambiente escolar, a cantina configura-se como um espaço no qual é possível observar os hábitos alimentares dos alunos, pois são comercializados doces (de leite, de amendoim, paçoca, etc.), refrigerantes, balas, salgadinhos tipo *chips*, sucos artificiais, chocolates, pirulito, biscoito tipo *wafer*, pipoca doce. Esses alimentos possuem baixa densidade de nutrientes necessários ao bom crescimento e desenvolvimento das crianças, elevada densidade energética e quantidades excessivas de sódio, açúcares e gorduras, o que aumenta os riscos para problemas nutricionais, como obesidade, hipertensão, problemas cardiovasculares, etc.

A comercialização desses alimentos no ambiente escolar representa um entrave para a educação nutricional e a formação de hábitos ali-

mentares saudáveis. Além disso, esse fato contradiz com proposta do Programa Nacional de Alimentação Escolar que é a de oferecer uma alimentação saudável que atenda às necessidades nutricionais dos alunos durante sua permanência em sala de aula, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento, a aprendizagem e o rendimento escolar, bem como promover a formação de hábitos alimentares adequados (BRASIL, 2006; DANELON, DANELON, SILVA, 2006).

No momento que a escola oferece paralelamente uma alimentação que deve ser paga, ela valoriza o alimento vendido pela cantina: o pagamento aumenta as opções e o sentimento de autonomia; “coisas pagas” costumam ser melhores do que “coisas gratuitas” no imaginário popular, isso induz a criança a um consumo inadequado, dando preferência ao industrializado em detrimento da merenda natural oferecida pela escola. Portanto, é de extrema importância que haja uma discussão mais aprofundada dos dirigentes escolares e professores a respeito do papel dos alimentos que são comercializados na cantina, no desenvolvimento e na saúde dos alunos, pois uma vez que o tema alimentação saudável e a educação para o consumo são transmitidos pelo professor em sala de aula, deveriam também ser seguidos dentro da própria escola.

O recreio é um evento social e o prazer de lanche com os colegas está associado à competição, comparação e necessidade de serem aceitos pelo grupo. As crianças em idade escolar desejam consumir os mesmos alimentos que os seus colegas. Dessa forma, a criança não aceita levar para escola, por exemplo, frutas se seu grupo de amigos leva ou compra na cantina refrigerante e salgadinho (IRALA & FERNANDEZ, 2001). Outro problema referente à necessidade de se sentir pertencendo a um grupo vem do fato de que quem leva lanche de casa são “os pirralhos” do ensino infantil que os escolares acabaram de deixar de ser e fazem de tudo para se diferenciarem dos mesmos.

Diante do papel fundamental que a escola ocupa na tarefa de educar e informar é importante que os professores dêem bons exemplos, eles podem mostrar aos alunos que levam uma fruta ou outros alimentos saudáveis como lanche, evitando comprar balas, refrigerantes, salgadinhos e bolachas na cantina. A direção da escola deve evitar que no ambiente escolar haja dicotomia entre a teoria e a prática, por quem quer que seja, na cantina ou fora dela, por todos os professores e funcionários que fazem parte do dia-a-dia do aluno, pois a alimentação saudável junto com as questões educacionais pode mudar o comportamento das pessoas (MAINARDI, 2005).

É importante ressaltar que as crianças passam grande parte do dia na escola, portanto, esse ambiente deve oferecer opções de alimentos saudáveis e protegê-las dos fatores que contribuem para as doenças relacionadas à alimentação, como anemia, desnutrição, carências vitamínicas e de cálcio, obesidade e outras doenças crônicas associadas. Nesse contexto, visando assegurar aos alunos proteção contra práticas de fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos à saúde, foi publicada em 23 de março de 2005, pela Coordenadoria de Ensino da Região Metropolitana da Grande São Paulo, do Interior e a Diretoria do Departamento de Suprimento Escolar (COGSP/CEI/DSE), a Portaria que estabelece as normas para o funcionamento de cantinas escolares e regulamenta a comercialização de alimentos no ambiente escolar (BRASIL, 2007).

De acordo com a referida Portaria:

Na cantina escolar é expressamente proibida a comercialização de produtos:

- Prejudiciais à saúde;
- Que não ofereçam condições nutricionais e higiênico-sanitárias;
- Que possam ocasionar obesidade e outros problemas de saúde causados por hábitos incorretos de alimentação;
- Que prejudiquem o Programa de Alimentação Escolar, nos turnos em que ele ocorre;
- Que se sobrepõe ao Programa de Alimentação Escolar, devendo ambos integrar esforços para o desenvolvimento de hábitos saudáveis de alimentação (BRASIL, 2007).

Alimentos industrializados e saúde infantil

Muitos alimentos industrializados comercializados nas cantinas escolares apresentam alta densidade energética devido à grande quantidade de gordura e açúcares que os compõem. O consumo desses alimentos, de forma indiscriminada, pode contribuir para o desequilíbrio da dieta e para o aumento de doenças ligadas à alimentação, como a obesidade, hipertensão, diabetes, etc. Além disso, o valor nutritivo das refeições pode ser comprometido quando os

hábitos alimentares adquiridos condicionam o aumento da inclusão de alimentos industrializados em detrimento do consumo de alimentos *in natura*, como vegetais e frutas.

Entre os vários produtos geralmente vendidos nas cantinas escolares, podemos citar as balas, pirulitos, doces (de leite, de amendoim, paçoca, etc), goma de mascar e caramelos. Além de conterem elevado teor de açúcar e pouco ou nenhum valor nutricional, esses produtos são altamente cariogênicos. É importante ressaltar que a nutrição, bem como os hábitos alimentares, são fatores que afetam a saúde dental, portanto, a ingestão de nutrientes é fundamental para o desenvolvimento de dentes fortes e gengivas saudáveis (BRASIL, 2007; LUCAS, 2002, In: MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002).

Refrigerantes e sucos artificiais também estão presentes nos balcões das cantinas escolares. O consumo desses produtos por crianças na idade escolar é muito freqüente, o que é preocupante, pois essas bebidas contêm alta densidade calórica e elevado teor de açúcar, são pobres em fibras e micronutrientes (vitaminas e minerais); além disso, possuem aditivos e corantes. As crianças são mais vulneráveis aos efeitos dos aditivos (corantes e conservantes) pelo fato das quantidades ingeridas, em relação ao peso corporal, ser bem maiores do que no adulto. Além disso, essas substâncias podem ter ação sobre o sistema nervoso central e são, provavelmente, mais prejudiciais ao cérebro infantil, que ainda está em desenvolvimento. Outro fator é que as crianças ainda não possuem capacidade de autocontrole com relação à quantidade a ser ingerida. Os aditivos vêm provocando grandes preocupações, pois já existem estudos associando-os ao desencadeamento de déficit de atenção como hiperatividade em crianças, intolerância e alergia alimentar e câncer (BRASIL, 2007; POLÔNIO, 2003, In: ACCIOLLY; SAUNDERS; LACERDA, 2003).

Os biscoitos recheados e os do tipo *wafer* também são vendidos na maioria das cantinas escolares. Esses produtos também contêm alta densidade calórica, baixos teores de fibras, elevado teor de açúcar, gorduras saturadas e de gorduras *trans* (BRASIL, 2007). Os ácidos graxos *trans* aumentam o LDL-colesterol (colesterol ruim) e os triglicérides, e reduzem o HDL-colesterol (colesterol bom). As gorduras saturadas contribuem para o aumento do colesterol (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Outro produto muito comercializado nas cantinas escolares são os salgadinhos de pacote (tipo *chips*), cuja composição nutricional é muito semelhante à dos biscoitos recheados, pois também possuem

elevado teor gorduras saturadas e de gorduras *trans*, além de elevados teores de sódio (BRASIL, 2007). O consumo excessivo de sódio contribui para o aumento da pressão arterial. Além disso, a elevada ingestão de sódio pode ter uma influência considerável na desmineralização óssea. Quando ocorre uma maior absorção de sódio, há um aumento de sódio urinário, e devido a esse aumento, a perda de cálcio é maior (DUNKER; ALVARENGA; MORIEL In: PHILIPPI, 2008). É importante ressaltar que o cálcio é um mineral essencial para a mineralização adequada e a manutenção do osso em crescimento (LUCAS In: MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002).

A pipoca industrializada também está na lista dos alimentos comercializados nas cantinas escolares; sua composição nutricional é semelhante aos salgadinhos de pacote (tipo *chips*), existindo ainda no mercado as opções de pipocas com sabor, como, por exemplo, as de bacon ou doce, que contêm vários aditivos químicos (BRASIL, 2007).

Diante desse contexto, é importante que os dirigentes escolares reflitam e analisem o que ocorre dentro do ambiente escolar, pois a oferta de alimentos de baixo valor nutritivo e alta densidade energética nas cantinas estimula práticas não saudáveis contrariando a proposta de construção de um ambiente saudável. Quando a escola oferece esses tipos de alimentos, está incentivando o consumo dos mesmos, o que é incoerente com o conteúdo transmitido em sala de aula sobre alimentação saudável.

Planejando uma cantina saudável

No ambiente escolar, deve ser oferecida uma alimentação saudável, pois uma criança bem alimentada apresenta maior aproveitamento escolar, tem equilíbrio necessário para um crescimento e desenvolvimento saudáveis, e mantém as defesas imunológicas adequadas. Os alunos também devem ser orientados para a prática de hábitos de vida saudáveis (AMODIO; FISBERG, 2002 *apud* ZANCUL, 2004). Portanto, é de extrema importância analisar vários fatores antes de implantar a cantina no ambiente escolar, pois não é só a qualidade higiênica dos alimentos fornecidos na cantina que deve ser observado: o local onde os alimentos são manipulados, armazenados, expostos e servidos também devem ser analisados. A seguir

serão apresentados os passos para a implantação de uma cantina escolar saudável:

Primeiro Passo: Escolha do Local

É importante destacar que uma cantina saudável não se restringe apenas ao fornecimento de alimentos saudáveis, o espaço físico e as condições higiênico-sanitárias também fazem parte de uma cantina saudável.

A cantina deve ser instalada em locais que atendam às normas preconizadas pela vigilância sanitária, sendo que o espaço físico deverá atender às necessidades do serviço e estar de acordo com as especificações da Edificação Escolar estabelecidas pela Fundação para o Desenvolvimento da Educação (BRASIL, 2007).

Segundo Passo: Solicitação dos Documentos

Para o funcionamento da cantina escolar é obrigatório obter Auto de Licença e Funcionamento e demais documentos que se tornem necessários, expedido pelo Órgão responsável pela Vigilância Sanitária ou a quem esta designar (BRASIL, 2007).

Terceiro passo: Seleção dos Administradores da Cantina

A Portaria conjunta COGSP/CEI/DSE (BRASIL, 2007) preconiza que a administração da cantina escolar é de responsabilidade direta ou indireta da Associação de Pais e Mestres (APM). A cantina escolar poderá ser administrada diretamente, por meio de empregados contratados para esse fim ou por meio de associados voluntários; ou indiretamente, após realização de processo de licitação com Edital e Termos de Contrato elaborados pela diretoria executiva da APM, após aprovação do Conselho Deliberativo.

Cabe à APM observar as condições de higiene e saneamento da cantina escolar, bem como fiscalizar as condições de armazenamento e exposição de alimentos fornecidos; sugerir o fornecimento de produtos alimentares saudáveis; controlar os preços dos produtos; exigir vestuário adequado dos funcionários que elaboram e forne-

cem produtos aos alunos; fiscalizar as condições e itens de segurança (fornecimento de gás, água, ventilação, etc.), aparelhos eletro-eletrônicos e outros (BRASIL, 2007).

Quarto passo: Capacitação

Nas atividades ligadas à alimentação todas as pessoas que manipulam, preparam, armazenam e vendem alimentos devem conhecer muito bem as normas de boas práticas de manipulação. Dessa forma, a melhor maneira de garantir o controle higiênico-sanitário dos alimentos oferecidos na cantina escolar é através da capacitação do pessoal da cantina.

A capacitação também é muito importante para as pessoas que definem os alimentos que serão vendidos na cantina. Essa capacitação deve ser assessorada por um nutricionista, garantindo assim o oferecimento de alimentos mais saudáveis e os diferentes modos de preparo mais atraentes e saborosos.

A constante sensibilização dos funcionários deve ocorrer para que se garanta a melhor produção dos alimentos para a cantina escolar.

Quinto passo: Conscientização

A conscientização de diretores, professores, pais, alunos, administradores da cantina escolar e toda a equipe escolar sobre a importância da prevenção contra o risco da obesidade, suas consequências, e de outros problemas de saúde causados por hábitos incorretos de alimentação é muito importante. É preciso demonstrar o quanto uma alimentação inadequada na escola pode repercutir negativamente na saúde dos alunos, no presente e no futuro, contribuindo para o desenvolvimento de obesidade, hipertensão, diabetes, etc. Portanto, o desenvolvimento de programas educativos é a melhor maneira de adaptar, de forma saudável, o cardápio da cantina escolar.

Sexto passo: Seleção dos Alimentos para Venda na Cantina

A seguir estão apresentadas algumas sugestões que visam contribuir para que as cantinas escolares se tornem um espaço de promoção da alimentação saudável:

- ***Alimentos ricos em vitaminas, minerais e fibras:*** frutas *in natura* (banana, maçã, goiaba, pêra, etc), frutas secas, salada de frutas;
- ***Produtos com alto conteúdo de fibras:*** barras de cereais, cereais matinais, pães, bolos, tortas e biscoitos confeccionados com farinha integral e aveia;
- ***Bebidas:*** sucos de frutas naturais ou polpa de frutas, iogurte com frutas, iogurte com cereais, leite com frutas, bebidas à base de soja, água de coco;
- ***Preparações e alimentos salgados:*** pães de legumes e verduras (de batata, abóbora, beterraba, cenoura, etc.), salgados de forno (esfihas, tortas e bolos de legumes), sanduíches com recheios de queijo branco ou ricota com legumes e verduras (cenoura, beterraba, tomate, alface, espinafre, acelga, agrião, rúcula, etc);
- ***Preparações e alimentos doces:*** pães e bolos de frutas e/ou legumes (de cenoura coberto com maçã, laranja, banana, frutas variadas, maracujá, beterraba, limão, etc.), gelatina com frutas;
- Coloque à venda apenas alimentos em porções individuais, as porções oferecidas não devem ser grandes ou extragrandes;
- Pães, bolos, tortas, biscoitos não devem conter gordura vegetal hidrogenada.

Referências Bibliográficas

- AMODIO, M. F. P.; FISBERG, M. O papel da escola na qualidade da alimentação das crianças e dos adolescentes. Informativo Saúde e Nutrição, n. 4, dez. 2002 *apud* ZANCUL, M. S. **Consumo alimentar de alunos nas escolas de ensino fundamental em Ribeirão Preto – SP**. 2004. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação Conselho Deliberativo. RESOLUÇÃO/FNDE/CD, n. 32 de 10 de agosto de 2006. **Estabelecer as normas para a execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE**. Disponível em: <[ftp://ftp.fnde.gov.br/web/resolucoes_2006/res032_10082006.pdf](http://ftp.fnde.gov.br/web/resolucoes_2006/res032_10082006.pdf)>. Acesso em: 21 nov. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Experiências estaduais e municipais de regulamentação da comercialização de alimentos em escolas no Brasil**: identificação e sistematização do processo de construção e dispositivos legais adotados. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 85 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- DANELON, M. A. S.; DANELON, M. S.; SILVA, M. V. DA. Serviços de alimentação destinados ao público escolar: análise da convivência do Programa de Alimentação Escolar e das cantinas. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 85-94, 2006.
- DUNKER, K. L. L.; ALVARENGA, M.; MORIEL, P. Grupo do leite, queijo e iogurte. In: PHILIPPI, S. T. (org.). **Pirâmide alimentar**: fundamentos básicos da nutrição. São Paulo: Manole, 2008. Capítulo 4, p. 99-165.
- FERNANDES, F. M. **Alimentação e nutrição entre escolares**: caso dos alunos de uma escola do município, Vitória – ES. 2006. 49 f. Monografia (Especialização em Nutrição Clínica) - Curso de Pós-Graduação em Nutrição Clínica, Universidade Veiga de Almeida, Vitória, 2006. Disponível em: <<http://www.ipv-pos.com.br/arquivos/18/Mono%20nutri%20clinica%20final.doc>>. Acesso em: 10 dez. 2007.
- IRALA, C. H.; FERNANDEZ, P. M. Peso Saudável. **Manual para Escolas. A Escola promovendo hábitos alimentares saudáveis**. 2001. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/peso_saudavel.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2007.
- LUCAS, B. Nutrição na Infância. In: MAHAN, L. K; ESCOTT-STUMP, S. **Krause: Alimentos, Nutrição & Dietoterapia**. 10ª ed. São Paulo: Roca, 2002. Capítulo 10. 229-246.

- MAINARDI, N. **A ingestão de alimentos e as orientações da escola sobre alimentação, sob o ponto de vista do aluno concluinte do ensino fundamental**. 2005. 151 f.. Dissertação (Mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos) - Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2005.
- MONTEIRO, P. H. N.; LEVY-COSTA, R. B. Alimentação saudável e Escolas: possibilidades e incoerências. In: Boletim do Instituto de Saúde. **Qualidade de Vida**. nº 32, abril, 2004.
- POLÔNIO, M. L. Aditivos Alimentares e Saúde Infantil. In: ACCIOLLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E.M.A. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2003. Cap. 29. p. 511-527.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Aterosclerose. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, V. 88, Suplemento I, abril 2007.

7

Obesidade e Qualidade de Vida da Criança e do Adolescente

Maria Ângela R. Góes Monteiro Antonio
Professora Doutora do Departamento de Pediatria da FCM – UNICAMP

Roberto Teixeira Mendes
Professor Doutor do Departamento de Pediatria da FCM – UNICAMP

Obesidade é a condição física de uma pessoa que tem a quantidade de gordura do corpo proporcionalmente muito acima do esperado para o gênero, a idade e a estatura. Com o aumento expressivo do problema, foi necessário o desenvolvimento de critérios que homogeneizassem ou padronizassem os conceitos de “peso adequado”, “sobre peso” e “obesidade”, de modo a se estabelecer uma maior precisão no estudo dos problemas associados a essa condição.

Durante muito tempo e até recentemente, os médicos e os cientistas consideravam que a obesidade era apenas esse acúmulo exagerado de gordura, sem maiores conseqüências físicas do que o excesso de peso. Com as evidências de associação entre a persistência da obesidade e a ocorrência de doenças, tem início a fase que atualmente vivemos, de compreender a obesidade como uma condição de alto risco para a saúde, resultante de uma combinação de fatores complexos.

Hoje se sabe que o indivíduo obeso tem seu metabolismo bastante alterado em relação aos não obesos, o que pode ser atribuído tanto ao modo de vida (incluindo o tipo de alimentação e o freqüente sedentarismo) como à própria interação do tecido gorduroso com o organismo, incluindo-se alteração do funcionamento hormonal, de substâncias inflamatórias e de reguladores do sistema cárdio - vascular, entre outros.

Também é notável a amplitude do problema coletivo da obesidade, que se torna visível entre os adultos desde a década de 80 nos países desenvolvidos, sendo que hoje no Brasil temos ao redor de 40% dos adultos com excesso de peso (o que inclui sobre peso

e obesidade) conforme o IBGE. É necessário se ressaltar que, ao contrário da desnutrição, que embora seja ainda muito prevalente nas populações pobres, só ocorre nesta população, a obesidade vem atingindo pouco a pouco todos os estratos sócio-econômicos, assim como as mais diversas etnias, culturas, regiões e países, bastando para isso uma pequena melhora na capacidade de acesso a alimentos e a aquisição do modo de vida moderno.

Com a rápida mudança dos modos de vida tradicionais, que preservavam dietas culturalmente estabelecidas e transmitidas de geração para geração, hoje as pessoas consomem alimentos sobre os quais não tem informação nem tradição de consumo, levando a um desequilíbrio nutricional e a uma preferência por porções cada vez maiores, fenômeno influenciado pela mídia, indústria alimentícia e redes de “fast food”. Perde-se com isso uma tradição alimentar potencialmente saudável e adota-se uma alimentação que passa a ser valorizada pelo sabor acentuado, baixo preço, grandes quantidades e alto teor energético.

A mudança no modo de vida implica também em uma redução do esforço físico despendido no trabalho (o que é bom), acrescida de uma redução também no lazer ativo, tradicional em todas as culturas anteriores à televisão e aos “games” (o que é ruim).

Essa mudança de hábitos influenciou decisivamente o que se chama de transição epidemiológica, deixando a desnutrição e suas complicações em segundo plano (sem esquecermos que a fome ainda é presente em muitas regiões do Brasil e do mundo), fazendo emergir a obesidade como o problema nutricional prevalente na humanidade. Essa contradição, de alguns permanecerem com fome e em risco alimentar por carência, enquanto outros sucumbem ao excesso e ao sedentarismo, é exemplar da resultante de um modelo de exploração e concentração de renda vigente no mundo capitalista globalizado.

Inevitável que essa transição, que atinge primeiro os adultos, passe a atingir as crianças, na medida em que o modo de vida impacta a educação e os costumes familiares. Não vamos aqui discorrer muito sobre as mudanças ocorridas no modo de vida das crianças, secundárias à mudança do mundo adulto. Entretanto, chamamos a reflexão sobre alguns aspectos que modificaram decididamente a cultura e o padrão alimentar e de atividade física das crianças.

Em primeiro lugar, e sempre, a prática do desmame precoce, que além dos problemas decorrentes da falta dos elementos nutritivos e imunológicos do leite materno, favorece o enriquecimento energético desproporcional das mamadeiras, com o acréscimo exagerado de açúcar e farináceos. Depois, a dieta de transição, em que

a perda da cultura tradicional abre portas para uma alimentação monótona e industrializada. A perda do hábito de comer à mesa, a televisão ligada, a frequência progressiva do hábito de comer fora de casa, a introdução precoce das guloseimas, a merenda escolar super-calórica, os alimentos disponíveis nas cantinas de escola, vão desviando o hábito alimentar da criança de um cardápio e de um ritual alimentar saudáveis para uma “alimentação padrão” vinculada mais à indústria e ao comércio.

À par disso, a falta de espaço nas moradias, a insegurança das ruas e a falta de equipamentos sociais adequados, a falta de hábito dos pais em praticar um lazer ativo, a televisão, os vídeo-games e os computadores cumprem seu papel de substituir a atividade física, em geral espontânea nas crianças, por uma cultura do sedentarismo. Nesse sentido, a Educação Física Escolar poderia assumir um papel central e decisivo no propósito de desenvolver o interesse e o prazer das crianças pelos jogos com movimentação física e pelo lazer ativo.

Em suma, o que se passa com o mundo adulto tem repercussões no mundo da criança, com componentes específicos, mas levando a um mesmo resultado, com o agravante de que os problemas de saúde e sócio-afetivos tem início mais precocemente.

Conhecimentos básicos sobre composição corporal, tecido adiposo e crescimento

A criança ganha ao redor de 6 kg no primeiro ano de vida; nos 5 anos seguintes ocorre uma diminuição da velocidade do ganho de peso e até o estirão da puberdade (entre 9 e 10 anos de idade) vai ganhar em média 2 a 3 Kg por ano, quando então volta a acelerar o ganho de tamanho e peso. Naturalmente, o apetite da criança acompanha esse ritmo fisiológico.

Com relação ao crescimento dos tecidos, é de se salientar que o tecido adiposo não é somente um armazenador de energia; ele protege alguns órgãos vitais (fígado, intestino), é isolante térmico, além de produzir alguns hormônios e substâncias inflamatórias. O aumento do tecido adiposo influi portanto na regulação das funções hormonais, aumentando a velocidade de crescimento, diminuindo o efeito da insulina (que tem que ser produzida em maior quantidade), causando alteração na parede das artérias pela ação dos mediadores inflamatórios (que abrirão caminho para a aterosclerose), e aumentando a pressão arterial.

O aumento do tecido adiposo ocorre de duas maneiras: o aumento do volume de cada célula (hipertrofia) e o aumento do número

de células (hiperplasia). O aumento do número de células ocorre principalmente no início da vida, e novamente na puberdade. São esses então dois momentos críticos na gênese e na manutenção da obesidade do adulto, pois mesmo que um adulto obeso venha a perder peso, não ocorrerá redução no número total de células adiposas, apenas no seu volume.

Como dito, a obesidade pode ser pensada como uma situação crônica determinada por diversos fatores, cada um com sua importância, variando de caso para caso e de situação para situação. Além dos fatores relacionados ao modo de vida, há uma base genética que diferencia os indivíduos com relação aos efeitos dos fatores “externos”.

Pensando em grandes linhas, o homem em sua história sofreu até recentemente carências alimentares crônicas e agudas (crises por catástrofes naturais ou econômicas, guerras, etc). Fomos selecionados entre os que sobreviveram a essas carências, de modo que nossa base genética é aquela melhor adaptada a conservar a energia e a gastar o mínimo possível na atividade corporal. A maioria dos indivíduos, portanto, tem grande facilidade de ganhar peso e enorme dificuldade em perder o peso quando em excesso.

É possível que haja também uma base genética para a disposição para a atividade física. Algumas crianças são espontaneamente mais ativas que outras. Em geral - e aí se acresce o fenômeno cultural -, os meninos são mais ativos que as meninas.

A interação entre a base genética e o modo de vida da família determina, segundo vários estudos, que uma criança tem 55% de chance de ser obesa, se um dos pais for obeso; se os dois pais forem obesos, essa probabilidade sobe para 80%, sendo mais freqüente quando for menina e a mãe obesa. A chance de uma criança ser obesa, filha de pais não obesos, é de apenas 10% (por enquanto).

Questões afetas à cultura familiar

Um dos problemas do modo como nós adultos estamos lidando com o hábito alimentar das crianças está no fato de acostarmos as crianças a comerem mesmo quando não estão com fome, e sem horário definido. Fornecemos balas, doces, bolos, refrigerantes, sanduíches, “danones”, apenas explorando o prazer de comer, criando uma “vontade de comer sem fome”. Essa é uma dinâmica que imprime na criança a satisfação de desejos, angústias, ansiedades e frustrações através da ingestão de alimentos em geral muito calóricos. Os adultos conhecem bem essa dinâmica, e na criança das escolas públicas favorece a prática de comer a merenda mesmo logo

após o almoço, às vezes repetindo 2, 3 até 5 vezes com a convivência das merendeiras que “tem dó” da criança.

A criança obesa passa a sofrer discriminação na escola e em outros ambientes, o que a torna retraída e com baixa auto-estima, afastando-a do convívio em geral, mas especialmente das aulas de Educação Física e consequentemente de práticas esportivas coletivas. O mesmo vai persistir na adolescência, o que deve deixar atentos os pais e principalmente os educadores físicos, dada a relevância da socialização nessa faixa etária. É evidente que a frustração e a ansiedade geradas por essa situação determine recorrentemente também uma maior ingestão de alimentos.

À par disso, sabemos de muitas famílias que têm dificuldades em colocar limites às crianças, e quando o fazem “compensam” com a oferta de guloseimas. O grau seguinte dessa dinâmica é a substituição do afeto e do carinho, expresso em gestos, modos e palavras, por mais um pouco de comida. Isso ocorre às vezes desde a primeira infância, quando qualquer choro é interpretado como fome ou dor.

Um dos maiores problemas que nós pediatras enfrentamos nos serviços de saúde é lidar com essa dinâmica de oferta exagerada de alimentos, ao lado da dificuldade em trabalhar a questão da quantidade servida às refeições e do modo da família inteira se alimentar. Muitas vezes a família se comporta como se o problema fosse a criança obesa, e não a dinâmica geral. Lidar com os sentimentos de culpa e responsabilização, assim como de consciência do que se passa, é a maior tarefa na abordagem da obesidade na criança.

Os riscos inerentes à obesidade na criança

A criança obesa, mesmo as muito obesas, em geral não tem ainda nenhuma das doenças ou alterações próprias de obesidade encontradas no adulto. Entretanto, os fatores predisponentes para essas doenças já estão presentes e atuantes o que significa que em maior ou menor tempo, dependendo de predisposições individuais, do grau de obesidade, do tipo de alimentação, e do grau do sedentarismo, os problemas vão aparecer.

Nesse sentido, vale ressaltar tanto para as crianças como para os adultos, que o sedentarismo e a alimentação inadequada também levam pessoas magras a ter problemas de saúde mais frequentemente do que as que levam uma vida saudável, mesmo as que tem sobrepeso.

Assim, as alterações do colesterol, aterosclerose, a hipertensão arterial as doenças do trato-gastrointestinal, o infarto e os derrames

também ocorrem mais nas pessoas magras que não têm uma alimentação adequada e uma atividade física mínima.

O que ocorre é que com a condição de obesidade essas doenças ficam ainda mais freqüentes. Portanto, o estabelecimento de uma vida saudável desde a infância não evita apenas a obesidade e seus problemas, mas toda uma gama de alterações que impactarão a vida adulta seja o indivíduo obeso ou não.

Diagnóstico da Obesidade na Criança

O diagnóstico mais preciso é dado por técnicas que medem indiretamente a quantidade de gordura corporal, como por exemplo o DEXA (análise por raio x computadorizado). Pelo alto custo e dificuldade de aplicação na rotina dos serviços, essas técnicas não são viáveis, levando à adoção de técnicas duplamente indiretas, como a impedanciometria e a medida das dobras cutâneas. Outra medida mais simples ainda, atualmente preconizada é o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

O IMC é obtido a partir da divisão do peso (em quilogramas) pela altura (em metros) elevada ao quadrado:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$$

O resultado deve ser comparado com curvas de referência de IMC, semelhantes às de peso e altura. Atualmente utiliza-se a curva do NCHS (1977) ou CDC (2000). Considera-se que as crianças que se situarem acima do percentil 85 e abaixo do percentil 95 estão com sobrepeso, e as acima do percentil 95 estão obesas.

Repercussões da Obesidade na Criança e no Jovem

A obesidade deve ser encarada como distúrbio nutricional crônico. Estudos atuais demonstram que as crianças e os adolescentes obesos apresentam risco maior de desenvolver doenças que eram encontradas apenas na idade adulta: hipertensão, diabetes tipo 2, problemas ortopédicos e posturais e dislipidemias.

Fazem parte das complicações alguns problemas de pele como estrias, acne, micoses, hirsutismo, acantose nigricans; alterações esqueléticas como má postura, valgismo de joelho, deslizamento epifisário e artroses; distúrbios respiratórios; distúrbios do sono e dis-

túrbios emocionais como a baixa auto-estima, dificuldade em ser aceito, dificuldade de fazer atividades esportivas, isolamento, ansiedade, e por consequência, dificuldades no aproveitamento escolar.

Abordagem da obesidade na criança e no adolescente

O objetivo da abordagem da obesidade em crianças e adolescentes é, na maior parte dos casos, a manutenção do peso (diferente do adulto, onde a redução do peso é sempre necessária), aproveitando o crescimento da estatura para normalizar a relação Peso/Altura. Em geral, nas crianças menores, que estão em fase de crescimento rápido, a simples redução do ganho de peso pode tirá-la da condição de obesa ou de sobrepeso. Na puberdade, em geral pode-se manter o peso, enquanto o crescimento vai adequando a proporção peso para altura.

O tratamento deve ser instituído assim que se suspeite do diagnóstico e deve incluir necessariamente a reorientação alimentar adequada para a idade e para as condições socioeconômicas e culturais da família de cada paciente, o estímulo à execução de atividades físicas e apoio psicológico para um maior envolvimento da família e recuperação da auto-estima.

Algumas orientações alimentares devem ser estimuladas no seu cotidiano: definir e respeitar o horário das refeições; fazer as refeições se possível em família, e sempre na mesa; desligar a televisão; não discutir à mesa; reduzir a quantidade de alimentos e ingeri-los de forma lenta e progressiva; não repetir as porções; diminuir ingestão de líquidos nas refeições; diminuir a oferta de alimentos altamente calóricos (frituras, massas, doces, refrigerantes); aumentar a oferta de fibras; não estocar guloseimas no domicílio.

A atividade física determina maior consciência do corpo, melhora da auto-estima, e a possibilidade de atuação grupal. Algumas mudanças comportamentais são muito simples de serem estimuladas: ir à pé para a escola, subir escadas, dançar, jogar bola, pular corda, bicicleta, patins, skate, nadar.

Prevenção

A prevenção da obesidade na criança deve ser a primeira estratégia para controle desse desequilíbrio nutricional.

As primeiras ações vêm desde o nascimento, com o estímulo e apoio ao aleitamento materno; durante a transição alimentar, ao redor dos seis meses, as famílias devem ser estimuladas a realizar a introdução correta dos alimentos.

O diagnóstico precoce dos desvios da curva ponderal e a detecção precoce dos distúrbios alimentares devem ser apresentadas aos familiares e avaliadas periodicamente nas consultas preconizadas para acompanhamento da criança saudável, sejam consultas de enfermagem, de pediatras ou em grupo.

A aquisição de hábitos saudáveis pela família, tanto de alimentação como de atividade física no lazer ou estimulada, é o único caminho para o desenvolvimento desse hábito pelas crianças

Referências Bibliográficas

Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica Nº 12 – Obesidade.** Departamento de Atenção Básica. 2006.

_____. **Guia Alimentar para a População Brasileira.** Departamento de Atenção Básica. 2006.

Sociedade Brasileira de Pediatria. **Obesidade na Infância e Adolescência: Manual de orientação.** Departamento Científico de Nutrologia, 2006.

_____. **Manual para orientação do lactente, pré-escolar, escolar, adolescente e na escola.** Departamento Científico de Nutrologia, 2006.

8

A importância do Lazer Ativo e da Alimentação Equilibrada para os Escolares

Érika da Silva Maciel

Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos – USP

Introdução

O estilo de vida é um tema bastante discutido na atualidade. Especialmente no Brasil, onde há interesse no aumento de pessoas com estilo de vida ativo. Tal interesse é justificado, em parte, pela comprovação dos benefícios da prática regular de atividade física à saúde.

A identificação de que crianças e adolescentes ativos tendem a tornar-se adultos com hábitos de vida mais saudáveis justifica a importância de se estimular hábitos saudáveis desde a idade escolar para que eles perdurem durante toda a vida.

Sabe-se que os níveis de atividade física no tempo livre ou de lazer têm diminuído na população em geral. Os dados existentes sobre atividades físicas, incluindo as realizadas nos momentos de lazer, têm contribuído para a identificação de subgrupos populacionais com tendência ao sedentarismo (GONÇALVES *et al.*, 2007).

Tal fator é observado também entre escolares, e tem contribuído para o aumento da obesidade infantil, tendo em vista que as atividades de lazer concentram-se, entre outras, em TV, computador e vídeo game. Por outro lado, os hábitos alimentares são demasiadamente calóricos para as quantidades de energia requeridas em tais atividades, o que resulta no acúmulo de gordura, que, quando em demasia, pode facilitar a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis. Um ciclo vicioso que tende a se repetir durante anos, caso não haja nenhuma modificação no estilo de vida.

Lazer ativo

Andar de bicicleta, brincar de pega-pega ou de queimada já não são atividades corriqueiras em grandes centros urbanos. Questões relacionadas à segurança pública, desenvolvimento urbano, transporte e moradia entre outros contribuem para limitar os acessos à atividade física nos momentos de lazer em todas as faixas etárias. Em escolares essa situação é agravada, uma vez que dependem dos adultos para a realização dessas atividades.

Embora a maioria das doenças associadas ao sedentarismo somente se manifeste na vida adulta, é evidente que seu desenvolvimento se inicia na infância e adolescência; dessa forma, o estímulo à prática de atividade física desde a juventude deve ser uma prioridade para as políticas públicas educacionais, de saúde e lazer (HALLAL *et al.* 2006).

Sabe-se que pais que possuem um estilo de vida ativo auxiliam na formação de hábitos saudáveis em seus filhos, portanto, a prática de atividade física nos momentos de lazer deve fazer parte do cotidiano das famílias como forma de melhoria da saúde, da socialização, contato com a natureza, e por outro lado, limitar a tendência do consumismo e sedentarismo tão em voga nos dias atuais.

A ocorrência de sobrepeso e obesidade em crianças tem sido associada à inatividade física como o hábito de assistir à TV durante várias horas ao dia. Associa-se a esse agravante os anúncios de alimentos veiculados na TV, que influenciam os hábitos alimentares de crianças. De acordo com Fiates *et al.* (2008), o hábito de assistir à TV na infância ou na adolescência está associado com a ocorrência de baixo condicionamento físico, fumo e hipercolesterolemia na idade adulta.

Essa associação foi corroborada por estudo realizado por Hallal *et al.* (2006), que avaliou a prevalência de sedentarismo e fatores associados em 4.452 adolescentes entre 10 e 12 anos de idade, participantes do Estudo de Coorte de Nascimentos de 1993 em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Como resultados, observou-se que a prevalência de sedentarismo foi de 58,2%, sendo mais freqüente nas mulheres, na população de baixa renda, nas crianças filhas de mães sedentárias e entre aquelas que assistem mais televisão, mostrando sua determinação sócio-cultural e econômica.

Alimentação

As crianças ficam cada vez mais tempo assistindo televisão e menos tempo brincando ativamente; a ampliação dos programas e comerciais voltados ao público infantil é simultaneamente causa e consequência desse fenômeno.

No que se refere aos alimentos, Fiates *et al.* (2008) observam que especialmente guloseimas e *fast foods* são os produtos anunciados com mais frequência nos programas de televisão infantis, e acrescentam que a criança brasileira permanece em média 4 horas e 45 minutos por dia em frente à TV; pode-se presumir a quantidade de propagandas de alimentos pouco nutritivos assistidas ao longo dos anos.

Isso acaba por influir nas preferências infantis que são notadamente divergentes da recomendação nutricional preconizada.

Em pesquisa realizada por Fiates *et al.* (2008) com escolares entre 7 e 10 anos, observou-se que as comidas favoritas eram massas (macarrão, pizza, lasanha), seguidas por arroz com feijão, batata frita e pratos à base de carne. 89,5% dos entrevistados referiram às vezes ou sempre fazer as refeições com a TV ligada e 98% costumavam beliscar alguma coisa enquanto assistiam à TV (principalmente bolachas, salgadinhos de pacote, pipoca, frutas e guloseimas doces).

O aumento da prevalência da obesidade em crianças e adolescentes é preocupante, uma vez que a obesidade na adolescência é fator de risco para a obesidade na vida adulta. Estudos recentes têm mostrado que entre as crianças que aos quatro anos de idade eram obesas, 20% delas tornaram-se adultos obesos; já entre os indivíduos que na adolescência eram obesos, 80% deles tornaram-se adultos obesos (SICHIERI; SOUZA 2008).

Embora já conhecido o caráter familiar no desenvolvimento da obesidade, em estudo realizado por Giugliano; Carneiro (2004) observou-se importância da educação, principalmente materna, pois encontrou-se maior ocorrência de sobrepeso e obesidade em escolares cujas mães tinham um menor grau educacional, sugerindo que a educação materna é um fator de risco para a obesidade dos filhos.

Por outro lado, a princípio, as crianças e os adolescentes poderiam mais facilmente prevenir o ganho excessivo de peso, pois estão crescendo e precisam de energia extra, além de ter a possibilidade de gastar muito mais energia em atividades de lazer do que os adultos (SICHIERI; SOUZA 2008).

O nível de conhecimento sobre alimentação e nutrição é importante para escolhas adequadas. Em pesquisa realizada por Triches e Giugliani (2005), foi observado que o nível de conhecimento modifica a relação entre obesidade e práticas alimentares. A importância da educação dos pais, principalmente a materna, é confirmada pela maior ocorrência de sobrepeso e obesidade nos escolares cujas mães tinham um menor grau educacional. A pesquisa apontou ainda uma correlação fortemente positiva entre o sobrepeso e a obesidade dos pais e o sobrepeso e a obesidade das crianças.

Nesse sentido, pode-se dizer que o conhecimento das crianças sobre alimentação adequada nem sempre é suficiente para que os hábitos sejam modificados, pois são os adultos que se ocupam em oferecer os alimentos às crianças e nem sempre esses adultos mantêm uma relação saudável com suas escolhas alimentares o que, inevitavelmente, será reproduzido pela criança. É preciso que o conhecimento seja colocado em prática pelos adultos, pais, e professores, numa ação conjunta de modificação de hábitos, movimento do qual a escola pode ser o elemento fundamental.

Estratégias

Sichieri e Souza (2008) realizaram uma revisão de artigos científicos sobre as intervenções para prevenção da obesidade, sendo apresentadas a seguir as estratégias que produziram efeitos positivos mais evidentes:

- As intervenções com duração mais longa proporcionam uma oportunidade maior para a apresentação da informação e mudanças no comportamento, mas a custos maiores e muitas vezes de implementação difícil. Nas escolas, por exemplo, competem com outras tarefas exercidas na sala de aula;
- Aparentemente, os programas de prevenção da obesidade são mais eficazes quando realizados nas escolas de Ensino Fundamental e Médio do que em escolas de educação infantil;
- Programas com adolescentes apresentam resultados positivos, pois além de serem mais capazes de assimilar o material da intervenção, administram melhor suas escolhas alimentares e de atividade física do que participantes mais novos;

- Programas focados em poucas ações foram mais efetivos do que aqueles com várias ações em diferentes focos;
- Os programas de prevenção da obesidade desenvolvidos na escola foram mais eficazes quando realizados por profissionais prioritariamente dedicados a esse propósito.

O sentido da modificação do padrão de consumo alimentar é o da inclusão de frutas e hortaliças nas refeições, limitar o consumo de gorduras saturadas, sal, refrigerantes e aumentar o consumo de fibras.

Em relação à atividade física, há necessidade de modificar os padrões de estilo de vida em todas as faixas etárias, resgatando as práticas de lazer e de convívio social. Estímulos em empresas, escolas e centros de convivência demonstram bons resultados, inclusive no convívio social e familiar.

Sichieri e Souza (2008) ressaltam o exemplo de ações utilizadas contra o tabagismo, destacando que as ações que realmente impactam em jovens são as que levam a não iniciação. O aumento de preço de alimentos pouco saudáveis e redução daqueles mais saudáveis seriam para a alimentação o que foram as ações realizadas para redução do tabagismo de grande êxito no Brasil. Ou seja, as ações necessitam ser intersetoriais, um empreendimento do poder público, privado e da sociedade para a mudança do quadro atual de alimentação e sedentarismo no Brasil.

Conclusões

Mudanças no estilo de vida com a introdução de exercícios físicos, dieta balanceada e campanhas de conscientização da população são estratégias fundamentais para a promoção da saúde e visam melhorar a qualidade de vida.

Medidas preventivas simples e de baixo custo representam um instrumento de grande utilidade, como a elaboração de oficinas sobre conhecimento nutricional, práticas de atividade física orientada em grupos, estímulo ao lazer ativo e mudanças de estilo de vida em adultos que refletirão diretamente no comportamento dos escolares. A ação do gestor público investindo nas escolas, nos espaços de lazer, nas praças de esportes e na segurança, assim como a presença de profissionais capacitados, a extensão da permanência da criança na

escola, entre muitas medidas, pode impactar o hábito das crianças em direção a uma melhor qualidade de vida.

É no convívio diário com a família, os amigos, os vizinhos, os professores, a mídia e outros que as crianças aprendem e compreendem o que é socialmente valorizado, por isso é tão importante que os adultos estimulem práticas saudáveis.

As práticas devem ser estimuladas primeiramente pelo acesso, pelo conhecimento, informação e pela mudança de atitude, somente após essa fase é que será possível a percepção do benefício à saúde individual e, consequentemente, coletiva.

Referências Bibliográficas

- FIATES, G. M. R.; AMBONI, R. D. M. C.; TEIXEIRA, E. Comportamento consumidor, hábitos alimentares e consumo de televisão por escolares de Florianópolis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n.1, p.105-114, jan./fev, 2008.
- GIUGLIANO R.; CARNEIRO, E. C. Fatores associados à obesidade em escolares. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n.1, p.17-22, 2004.
- GONÇALVES H, HALLAL P.C, AMORIM T.C, ARAÚJO C.L.P, MENEZES A.M.B. Fatores socioculturais e nível de atividade física no início da adolescência. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v. 22, n.4, p.246-53, 2007.
- HALLAL,P.C.; BERTOLDI A. D.; GONÇALVES, A. D.; VICTORA, C. G. Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22. n.6, p.1277-1287, jun, 2006.
- SICHIER, R.; SOUZA, R. A. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S209-S234, 2008.
- TRICHESA, R.M.; GIUGLIANI E. R. J. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares.**Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.4, p.541-547, 2005.

9

Qualidade de Vida & Educação Física: Uma Perspectiva Real e Aplicável

Denis Marcelo Modeneze

Doutorando da Faculdade de Educação Física FEF – UNICAMP

Renata Serra Sequeira

Especialista em Qualidade de Vida e Atividade Física FEF – UNICAMP

Suzana Bastos Ribas Koren

Mestre em Educação Física FEF – UNICAMP

Introdução

Atualmente, a Educação Física Escolar (EFE) está mais relacionada ao conceito de cultura corporal de movimento (SOARES, C. L. *et al.*, 1992). Porém, existe a necessidade da mesma estreitar as relações entre teoria e prática e inovar pedagogicamente, a fim de seguir contribuindo para a formação integral das crianças e jovens e para a apropriação crítica dos fatores inerentes à aquisição de uma boa qualidade de vida.

Uma das principais preocupações da comunidade científica, na área da educação física e da saúde pública, é a busca de alternativas que possam auxiliar na tentativa de reverter a elevada incidência de distúrbios orgânicos associados à falta de atividade física.

Em estudos epidemiológicos, têm sido constatados o surgimento de alguns fatores de risco que podem contribuir para o aparecimento das doenças degenerativas já em crianças com idade entre 7 e 8 anos, tornando-as candidatas em potencial a apresentarem, quando adultos, graves distúrbios funcionais. Segundo KOREN, S.B.R. (2004), isso tudo ocorre pelo fato de inúmeras crianças e adolescentes adotarem um estilo de vida sedentário, inativo, estimulado principalmente pelos jogos

eletrônicos e também porque o brincar com os movimentos do corpo está ficando cada vez mais em segundo plano.

Guedes (1999) salienta que a formação do educando direcionada à manutenção e à preservação da saúde é ainda reconhecida como algo pouco relevante em nossa estrutura de ensino.

Trocando em miúdos, a criança ainda não aprende a cuidar da sua saúde e do seu bem-estar dentro da escola.

Portanto, A EFE é um meio pelo qual a criança poderá vir a ser ensinada sobre hábitos e atitudes que disciplinam e orientam sobre um viver mais saudável, que possam auxiliar a ver a vida numa dimensão que só será concretizada pelas ações de refletir e de participar ao se envolver com o aprendizado.

Finalizamos essa introdução chamando a atenção para o objetivo deste texto, que é apresentar a realidade que se encontra a EFE e assim auxiliar o professor de Educação Física a refletir sobre a situação atual, através de uma proposta pedagógica voltada à atividade física e sua relação com a qualidade de vida na escola.

Educação Física

Expressão que surge no século XVIII, em que a formação da criança e do jovem passa a ser concebida como uma educação integral – corpo, mente e espírito, como desenvolvimento pleno da personalidade.

De acordo com as pesquisas de Betti e Zuliani (2002), desde a década de 1920, a Educação Física vinha sendo situada como uma atividade complementar e relativamente isolada nos currículos escolares, com objetivos no mais das vezes determinados de fora para dentro em treinamento pré-militar, preparação de atletas; concepção essa que demonstra sinais de seu esgotamento.

O que ocorre hoje em dia é que o esporte, as ginásticas, a dança, as artes marciais e as práticas de aptidão física estão se tornando, cada vez mais, produtos de consumo, legitimando o aparecimento da investigação científica e filosófica em torno do exercício e da sua relação com a saúde e a qualidade de vida.

Com a organização da área acadêmica em torno da produção e sistematização dessas investigações, que vem ocorrendo no Brasil desde a década de 80, a EFE passa a sofrer um questionamento cada vez mais expressivo sobre sua atual prática pedagógica por parte dos próprios

alunos, que, não vendo mais significado na disciplina, desinteressam-se e forçam situações de dispensa, valorizando mais as práticas corporais realizadas fora da escola (BETTI, M. e ZULIANI, L. R, 2002).

Desse modo, os objetivos da EFE devem ser repensados, com a correspondente transformação de sua prática pedagógica, devendo assumir a responsabilidade de formar um cidadão capaz de posicionar-se criticamente diante das novas formas da cultura corporal de movimento, introduzindo e integrando o aluno, formando o cidadão que vai produzi-la, reproduzi-la e transformá-la, instrumentalizando-o para usufruir do jogo, do esporte, das atividades rítmicas e dança, das ginásticas e práticas de aptidão física, em benefício da própria qualidade da vida (BETTI, M. e ZULIANI, L. R, 2002).

Ao desempenhar o papel de educador no processo ensino-aprendizagem, o professor de Educação Física deve criar condições aos alunos de se tornarem independentes, participativos e com autonomia de pensamento e ação. Com esse comprometimento, buscar auxiliar o aluno numa visão de saúde e bem-estar, como também de adequação das atividades, a encontrar respostas às seguintes perguntas:

1. Essa intensidade e modalidade de prática corporal foram adequadas para mim?
2. Fizeram-me sentir bem?
3. Foram significativas para mim?
4. Foram prazerosas?
5. Fatiguei-me?
6. Quais são, para mim, os sinais de fadiga?
7. Quais práticas posso relacionar ao meu bem-estar ou fadiga?
8. Que condições a sociedade em que vivo oferece para se praticar esta atividade?
9. Quais são os grupos sociais interessados essa prática?

Sendo assim, considera-se que a EFE pode e deve proporcionar a vivência e a discussão sobre o movimentar-se, a partir dos conteúdos da cultura corporal de movimento (esportes, danças, lutas, jogos, ginástica), nos diferentes momentos e situações-problema das aulas. Debatendo sobre os aspectos históricos, fisiológicos, estéticos, éticos, culturais, sociais e políticos que constituem os temas acima, a EFE poderá criar condições efetivas de formar um aluno crítico,

capaz de buscar a transformação da realidade ao seu redor e de adquirir a consciência corporal necessária para viver com liberdade e autonomia (DEVIDE, F. P. *et al.*, 2005).

Como proceder

Segundo Betti e Zuliani (2002), esse procedimento possui fases, com objetivos específicos, que respeitam os níveis de desenvolvimento e as características e interesses dos alunos.

Na maioria das aulas, as prevenções de problemas posturais e de doenças crônicas devem ser objetivos sempre presentes, mediante exercícios específicos e informações relevantes sobre o tema, adequadas a cada faixa etária.

1. Na primeira fase do Ensino Fundamental, é preciso levar em conta que a atividade corporal é um elemento fundamental da vida infantil, e que uma adequada e diversificada estimulação psicomotora guarda estreitas relações com o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social da criança; deve-se privilegiar o desenvolvimento das habilidades motoras básicas, jogos e brincadeiras de variados tipos e atividades de autotestagem que permitem maior liberdade de escolha para solucionar os problemas;
2. A partir do 4º e 5º anos do Ensino Fundamental, deve-se promover a iniciação nas formas culturais do esporte, das atividades rítmicas, dança e das ginásticas. É importante considerar que, nessa fase, a aprendizagem de uma habilidade técnica deve ser secundária em relação à concretização de um ambiente e de um estado de espírito lúdico e prazeroso, e levar em conta o potencial psicomotor dos alunos;
3. O aperfeiçoamento em habilidades específicas e a aprendizagem de habilidades mais complexas devem ser buscados no 7º e 8º anos do Ensino Fundamental, quando também pode iniciar-se um trabalho voltado para a aptidão física, entendida como o desenvolvimento global e equilibrado das capacidades físicas;
4. Na segunda fase inicia-se também a sistematização de conceitos teóricos sobre os exercícios físicos, sempre buscando uma associação entre a vivência e o conhecimento, bem como a inter-relação com outras matérias em especial Ciências, História e Estudos Sociais;

5. O Ensino Médio merece atenção especial, pois nessa fase pode-se proporcionar ao aluno o usufruto dessa cultura do movimento, por meio das práticas que ele identifique como significativas para si próprio. Por outro lado, o desenvolvimento do pensamento lógico e abstrato, aliado à capacidade de análise e de crítica já presentes nessa faixa etária, permitem uma abordagem mais complexa de aspectos teóricos, socioculturais e biológicos, requisito indispensável para a formação do cidadão capaz de usufruir, de maneira plena e autônoma, as várias possibilidades de realização dos exercícios físicos. A aquisição de tal conjunto de conhecimentos deverá ocorrer na vivência de atividades corporais com objetivos vinculados ao lazer, saúde, bem-estar e competição esportiva. Permitirá também compreender que as atividades físicas “da moda” não são melhores do que outras acessíveis gratuitamente.

Princípios metodológicos gerais

Ainda segundo Betti e Zuliani (2002), encontramos que a Educação Física possui uma tradição técnico-pedagógica de pelo menos um século e meio em estratégias de ensino nos campos da ginástica, recreação, esporte e atividades rítmicas e expressivas.

Para as três primeiras séries do Ensino Fundamental, uma metodologia de base lúdica e que favoreça a criatividade do aluno é a mais indicada. A partir daí, muitas outras estratégias podem ser mobilizadas, em virtude das características do conteúdo e dos objetivos específicos a atingir. No Ensino Médio, deve-se dar ênfase à aquisição de conhecimentos sobre os exercícios físicos e facilitar a vivência de práticas corporais, levando em conta os interesses dos alunos. Contudo, a escolha de estratégias, bem como de conteúdos específicos, deve obedecer aos princípios metodológicos gerais como:

- Princípio da inclusão:
Os conteúdos e estratégias escolhidos devem sempre propiciar a inclusão de todos os alunos.

- **Princípio da diversidade:**
A escolha dos conteúdos deve, tanto quanto possível, incidir sobre a totalidade dos exercícios físicos, incluindo jogos, esporte, atividades rítmicas expressivas, dança, lutas, ginásticas e práticas de aptidão física, com suas variações e combinações.
- **Princípio da complexidade:**
Os conteúdos devem adquirir complexidade crescente com o decorrer das séries, tanto do ponto de vista estritamente motor, como cognitivo partindo da simples informação à capacidade de análise e de crítica.
- **Princípio da adequação ao aluno:**
Em todas as fases do processo de ensino devem-se levar em conta as características, capacidades e interesses do aluno, nas perspectivas motora, afetiva, social e cognitiva.

O papel dos pais

Nos últimos anos, tem sido dada considerável atenção ao entendimento e identificação do papel que os pais desempenham na participação de crianças e jovens em esportes e em atividades físicas.

Os especialistas em psicologia do esporte e do exercício verificaram que os pais podem desempenhar um papel positivo e/ou um papel altamente negativo na experiência dos seus filhos nessas atividades.

Para Weinberg e Gould (2001), o desafio para os profissionais envolvidos é identificar as formas precisas com que os pais podem afetar positivamente a experiência das crianças e jovens e encorajá-los a empregarem essas práticas. Simultaneamente os professores ou técnicos devem identificar as ações negativas e facilitar os esforços para eliminá-las.

Como ferramenta de auxílio o American Sport Education Program, desenvolveu um programa para os pais que oferece excelentes sugestões com relação às responsabilidades e às práticas parentais (WEINBERG e GOULD, 2001).

Responsabilidades e Códigos de Conduta dos Pais no Esporte

- Responsabilidades Esperadas:
 1. Encoraje seus filhos a praticar esportes, mas não os pressione. Deixe seu filho escolher, praticar e desistir – se ele desejar;
 2. Entenda o que seu filho procura no esporte e promova uma atmosfera de apoio para que ele alcance tais objetivos;
 3. Estabeleça limites para a participação de seu filho nos esportes. Você precisa determinar quando seu filho está física e emocionalmente pronto para o esporte e assegurar que as condições para a prática sejam seguras;
 4. Assegure-se de que o técnico seja qualificado para conduzir seu filho na experiência esportiva;
 5. Mantenha a perspectiva da vitória e ajude seu filho a fazer o mesmo;
 6. Ajude seu filho a estabelecer metas realistas de desempenho;
 7. Ajude seu filho a entender as lições valiosas que o esporte pode ensinar;
 8. Ajude seu filho a cumprir suas responsabilidades para com o time e o técnico;
 9. Corrija seu filho adequadamente quando necessário;
 10. Entregue seu filho ao técnico nos treinos e jogos – não interfira ou treine-o das arquibancadas;
 11. Forneça ao técnico, informações sobre quaisquer alergias ou condições de saúde especiais que seu filho tenha. Assegure-se de que ele tome quaisquer medicações necessárias antes dos jogos ou treinos.

- Condutas Esperadas:
 1. Permaneça na área dos espectadores durante os jogos;
 2. Não aconselhe o técnico sobre como atuar;
 3. Não faça comentários depreciativos para técnicos, árbitros ou pais de atletas, nos esportes individuais ou coletivos;
 4. Não tente treinar seu filho durante a competição;
 5. Não beba álcool, nem fume antes ou durante as competições;
 6. Torça para a equipe de seu filho;
 7. Mostre interesse, entusiasmo e apoio para seu filho;
 8. Controle suas emoções;
 9. Ajude quando solicitado por técnicos ou árbitros;
 10. Agradeça a técnicos, árbitros e a outras pessoas que dirigem o evento, mesmo que seu filho perca ou não vá bem nas provas.

Conclusão

O que se espera da EFE, segundo Nista-Piccolo (1995), é que as ações pedagógicas sejam coerentes com o pensamento pedagógico, de modo que o aluno possa se integrar socialmente, desenvolver seus domínios cognitivos, motor e afetivo-social. Oportunizando, através de atividades interessantes, a criatividade, a experimentar, tomar decisões, avaliar, levando-se em conta tudo o que se pode atingir visando à formação de um indivíduo independente, reflexivo e crítico. Deve então, progressiva e cuidadosamente, conduzir o aluno a uma reflexão crítica que o leve à autonomia no usufruto dos exercícios físicos (BETTI, 1994a,1994b).

A EFE precisa estreitar as relações entre teoria e prática pedagógica, experimentando novos modelos, estratégias, metodologias, conteúdos, para que siga contribuindo para a formação integral das crianças e jovens e para a apropriação crítica da cultura contemporânea.

Segundo os autores Devidé *et al.* (2005), na escola, mais do que corpos aptos fisicamente e conhecimentos sobre a aptidão física relacionada à saúde, é necessário desenvolvermos a consciência dos alunos para a tomada de decisões e atitudes referentes ao consumo

dos exercícios físicos, o que pressupõe a participação, o envolvimento, a visão crítica e a discussão de outros temas e conteúdos nas aulas de educação física.

Com a pequena abordagem descrita no texto, buscamos refletir a realidade da EFE, e é com a capacidade criativa de você, leitor, que poderemos vislumbrar uma nova perspectiva em nossas aulas.

Referências Bibliográficas

- BETTI, M. Valores e finalidades na Educação Física escolar: uma concepção sistêmica. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Santa Catarina, v. 16, n. 1, p. 14-21, 1994a.
- _____. O que a semiótica inspira ao ensino da Educação Física. **Discorpo**, São Paulo, n. 3, p. 25-45, 1994b.
- BETTI, M. & ZULIANI, L. R. Educação Física Escolar: uma proposta de diretrizes pedagógicas. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.1, n. 1, p. 73-81, 2002.
- DEVIDE, F. P. *et al.* Ampliando o campo de intervenção da educação física a partir da análise da escada da aptidão para toda a vida. **Pensar a Prática**, Goiás, v. 8, n.1, p. 1-19, 2005.
- GUEDES, D.P. Educação para a saúde mediante programas de Educação Física Escolar. **Revista Motriz**, São Paulo, v.5, n.1, p. 10 -15, 1999.
- KOREN, S.B.R. **A Ginástica vivenciada na escola e analisada na perspectiva da criança**. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física, Campinas, SP: [s.n], 2004.
- NISTA-PÌCCOLO,V.L. (org) **Educação Física Escolar: Ser...ou não ter?** Campinas, SP: Editora UNICAMP,1995.
- SOARES, C. L. *et al.* **Metodologia do ensino de educação física**. São Paulo: Cortez, 1992.
- WEINBERG,R.S. & GOULD,D. **Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício**. 2ed.Porto Alegre: Artemed, 2001.

10

Promoção da Saúde na Escola Através das Aulas de Educação Física

Juliana Marin Orfei

Especialista em Atividade Física: Treinamento Esportivo – UNICASTELO

Viviane Portela Tavares

Especialista em Atividade Motora Adaptada FEF – UNICAMP

Desde o surgimento dos programas de educação física nas escolas brasileiras, objetivos direcionados à educação para a saúde e promoção da saúde ocuparam um lugar de pouco significado. Contudo, diante da realidade atual, na qual grande parte das tarefas do dia-a-dia destinadas aos seres humanos está agregando modificações significativas no estilo de vida da população, levando ao sedentarismo e com o conseqüente aparecimento de doenças crônico-degenerativas, as atividades físicas passam a adquirir grande relevância na medida em que se torna necessário compensar os efeitos nocivos provocados pelo modo de vida da sociedade moderna.

O estilo de vida sedentário não é verificado apenas em adultos, também abrange crianças e adolescentes que realizam cada vez menos atividade física em seu dia-a-dia. As crianças não estão realizando atividade física em quantidades e intensidade suficientes para promover efeitos benéficos sobre a saúde, permanecendo a maior parte de seu tempo em atividades de baixa intensidade.

Guedes e Guedes (1997) realizaram um estudo no município de Londrina, Paraná, Brasil, com o objetivo de analisar as características dos programas de Educação Física escolar oferecidos pela rede de ensino fundamental e médio, e fizeram observações quanto ao tipo das atividades e ao nível de intensidade dos esforços físicos a que foram submetidos os alunos, na tentativa de estabelecer relações com

os objetivos educacionais voltados à atividade física como meio de promoção da saúde.

Em 2001, utilizando o mesmo grupo de alunos que foram avaliados em 1997, Guedes e Guedes analisaram a duração, a intensidade e a frequência dos esforços físicos a que são submetidos os alunos, mediante monitoramento da frequência cardíaca.

Nos dois estudos acima citados, os autores concluíram que os programas de educação física escolar apresentam uma relação limitada com os objetivos educacionais voltados à atividade física como meio de promoção da saúde. Quanto aos aspectos didáticos, encontraram um aproveitamento inadequado do tempo, pois em cerca de 50% da aula, os alunos se ocupavam com a organização das atividades, e o restante, com a prática de esportes competitivos. Em nenhum momento foi verificado o desenvolvimento de conceitos educacionais associados à prática de atividades físicas e à promoção da saúde que os preparassem para assumir atitudes e valores que lhes permitissem adotar um estilo de vida mais saudável e ativo após o período de escolarização. Em relação aos aspectos fisiológicos, os alunos estavam realizando esforços físicos de baixa a muito-baixa intensidade e de curta duração, insuficientes para o desenvolvimento e aprimoramento da aptidão física relacionada à saúde. Por fim, atribuíram tal situação ao fato dos professores de Educação Física, que atuam na escola, estarem pouco familiarizados com conceitos atualizados associados à atividade física e à saúde no contexto educacional.

Diante dessa realidade, encontramos uma sociedade na qual crianças, jovens e adultos não conseguem incorporar informações, valores, atitudes e habilidades que lhes permitam adotar um estilo de vida ativo e saudável, por deficiências em sua formação educacional.

Benefícios da Atividade Física para as Crianças e Adolescentes

A prática de atividade física na infância e na adolescência tem vários efeitos possíveis: promover o desenvolvimento motor; fazer com que as crianças e os adolescentes se integrem; favorecer descobertas e discussões sobre o mundo em que vivem; propiciar situações vivenciais que favoreçam a socialização; oferecer subsídios para que as crianças e adolescentes possam compreender o seu corpo e seus limites, melhorar a auto-estima, a auto-confiança e a expressividade. E quanto aos aspectos fisiológicos, reduzir as condições para o desenvolvimento de

doenças crônico-degenerativas provocadas principalmente pelo estilo de vida sedentário, tais como: a obesidade, a hipertensão arterial, as doenças do aparelho respiratório, entre outras.

A realização de esforços físicos adequados na infância e na adolescência promove benefícios imediatos, e as experiências positivas associadas à prática de atividades físicas se caracterizam como importantes atributos no desenvolvimento de habilidades, atitudes e hábitos que podem auxiliar futuramente na adoção de um estilo de vida ativo fisicamente na idade adulta (GUEDES & GUEDES, 1997).

Sabe-se que o fato das alterações provenientes das doenças crônico-degenerativas ainda não terem se manifestado na infância e adolescência não indica ausência de risco. Muitas dessas alterações relacionadas às doenças crônico-degenerativas apresentam período de latência não inferior a 20-25 anos (Guedes apud Gilliam & MacConnie, 1984). Logo, grande número de distúrbios orgânicos que ocorre na idade adulta, poderia ser minimizado ou evitado se hábitos de vida saudáveis fossem assumidos desde as idades mais precoces.

Os adolescentes que praticam atividades físicas de forma regular têm maior capacidade física para suportar o stress das longas provas escolares, tais como os exames vestibulares, bem como têm seu estado de prontidão e de alerta mais apurados, o que pode facilitar melhores resultados no aprendizado escolar (ALVES, 2007).

A escola é o local ideal para a transmissão dos conteúdos da Educação Física para a promoção da saúde. Os professores devem dirigir a sua prática no sentido de conscientizar os alunos a respeito da importância da criação de um estilo de vida ativo e de hábitos de vida saudáveis, pois a aptidão física relacionada à saúde representa um papel importante na promoção de uma vida longa e saudável, de um estilo de vida ativo e, também, para a prevenção de várias doenças crônico-degenerativas.

Objetivos da Educação Física Escolar

De acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais, a Educação Física Escolar contempla múltiplos conhecimentos produzidos e usufruídos pela sociedade a respeito do corpo e do movimento. Entre eles, consideram-se fundamentais as atividades culturais de movimento com finalidades de lazer, expressão de sentimentos, afe-

tos e emoções, e com possibilidades de promoção, recuperação e manutenção da saúde.

Contudo, os objetivos gerais da Educação Física no Ensino Fundamental apontam para que no final do ensino os alunos sejam capazes de:

- Participar de atividades corporais, estabelecendo relações equilibradas e construtivas, reconhecendo e respeitando as características físicas e de desempenho próprios e dos outros, sem discriminação física, sexual e social;
- Adotar atitudes de respeito mútuo, dignidade e solidariedade em situações lúdicas e esportivas, repudiando qualquer espécie de violência;
- Conhecer, valorizar, respeitar e desfrutar da pluralidade de manifestações de cultura corporal do Brasil e do mundo, percebendo-as como recurso valioso para a integração entre pessoas e entre diferentes grupos sociais;
- Reconhecer-se como elemento integrante do ambiente, adotando hábitos saudáveis de higiene, alimentação e atividades corporais, relacionando-os com os efeitos sobre a própria saúde e de recuperação, manutenção e melhora da saúde coletiva;
- Solucionar problemas de ordem corporal em diferentes contextos, regulando e dosando o esforço em um nível compatível com as possibilidades, considerando que o aperfeiçoamento e o desenvolvimento das competências corporais decorrem de perseverança e regularidade e devem ocorrer de modo saudável e equilibrado;
- Reconhecer condições de trabalho que comprometam os processos de crescimento e desenvolvimento, não as aceitando para si nem para os outros, reivindicando condições de vida dignas;
- Conhecer a diversidade de padrões de saúde, beleza e estética corporal que existem nos diferentes grupos sociais, compreendendo sua inserção dentro da cultura em que são produzidos, analisando criticamente os padrões divulgados pela mídia e evitando o consumismo e o preconceito;
- Conhecer, organizar e interferir no espaço de forma autônoma, bem como reivindicar locais adequados para promover atividades corporais de lazer, reconhecendo-as como uma necessidade básica do ser humano e um direito do cidadão.

A partir desses objetivos, a Educação Física Escolar deve sistematizar situações de ensino e aprendizagem que proporcionem aos alunos o acesso a conhecimentos práticos e conceituais. Para tanto, é necessário mudar a ênfase dada ao alto rendimento para uma concepção mais abrangente, que priorize a aptidão física relacionada à consciência corporal, à liberdade de expressão, à saúde, e que contemple todas as dimensões envolvidas em cada prática corporal.

É fundamental que se faça uma distinção entre os objetivos do esporte, da dança, da ginástica e das lutas profissionais por um lado, e os objetivos da Educação Física Escolar de outro, pois o profissionalismo não pode ser a meta almejada ou valorizada pela escola.

A possibilidade de vivência de situações de socialização e de divertirem-se com atividades lúdicas, sem caráter utilitário, são essenciais para a saúde e contribuem para o bem-estar coletivo.

A Educação Física escolar deve proporcionar uma análise crítica dos valores sociais, tais como os padrões de beleza e saúde, que se tornaram dominantes na sociedade, discussões sobre a ética do esporte profissional, sobre a discriminação sexual e racial, sobre a aquisição de hábitos saudáveis e a promoção da saúde, entre outros.

A Promoção da Saúde nas Aulas de Educação Física

O Professor de Educação Física deve desenvolver nas aulas e na escola:

- A realização da avaliação antropométrica, da coordenação motora e a aplicação do questionário IPAQ (*Internacional Physical Activity Questionnaire*), com o intuito de avaliar o nível de aptidão física relacionada à saúde e de atividade física, e a coordenação motora que as crianças se encontram, para, a partir desses resultados, planejar as aulas de Educação Física;
- A promoção de experiências motoras, que proporcionem repercussão satisfatória em direção a um melhor estado de saúde, afastando ao máximo a possibilidade de aparecimento dos fatores de risco que contribuem para o surgimento de eventuais distúrbios orgânicos;

- O aprimoramento dos componentes da aptidão física relacionados à saúde, através da intensidade e da duração adequadas, para capacitar os alunos a identificarem esses componentes e quais são os benefícios ao organismo humano, de modo a estimulá-los a terem uma vida fisicamente ativa mesmo depois dos anos escolares;
- Palestras e debates sobre a promoção da saúde, atividade física, alimentação saudável, uso de álcool e fumo, sexualidade, entre outros, a fim de conscientizá-los sobre boas práticas;
- Conscientizar os alunos a tomarem iniciativa em relação à prática de atividades físicas e hábitos saudáveis para que se tornem ativos fisicamente, não apenas na infância e na adolescência, mas também na idade adulta;
- Projetos sobre atividade física, alimentação saudável, postura, entre outros, nos quais todos os alunos, funcionários e comunidade escolar participem.

Os professores de educação física devem incorporar uma nova postura frente à estrutura educacional, procurando proporcionar em suas aulas, não mais uma visão exclusiva à prática de atividades esportivas e recreativas, mas também, alcançarem metas voltadas à educação para a saúde, mediante seleção, organização e desenvolvimento de experiências que possam propiciar aos alunos não apenas situações que os tornem crianças e adolescentes ativos fisicamente, mas, sobretudo, que os conduzam a optarem por um estilo de vida saudável ao longo de toda a vida (GUEDES, 1999).

Sabemos que a Educação Física Escolar não tem unicamente o objetivo de apresentar uma formação educacional direcionada à promoção da saúde, mas que dê aos alunos o acesso a um mundo de informações e experiências que venham a permitir a independência e o empoderamento quanto à prática da atividade física ao longo da vida, tendo como consequência a qualidade e o sucesso dos programas de ensino.

Referências Bibliográficas

- ALVES, U. S. Não ao sedentarismo, sim à saúde: contribuições da Educação Física escolar e dos esportes. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: out/dez 2007.
- BETTI,M.; ZULIANI, L. R. Educação Física Escolar: uma proposta de diretrizes pedagógicas. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, São Paulo: n.1, p. 73-81, 2002.
- GUEDES D.P. e GUEDES J.E.R. P. Características dos programas de Educação Física escolar. São Paulo: Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo. **Revista Paulista de Educação Física**, v.11, n.1. p.49-62,1997.
- GUEDES D.P. Educação para a saúde mediante programas de Educação Física escolar. São Paulo: **Motriz**, v.5, n.1, jun,1999
- GUEDES D.P. e GUEDES J.E.R. P Esforços Físicos nos programas de Educação Física escolar. São Paulo: Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo. **Revista Paulista de Educação Física**, v.15, n.1, p. 33-44, 2001.
- Parâmetros curriculares nacionais: Educação física.** Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: MEC/SEF, 1997.
- PEZZETTA, O. M.; LOPES, A. S.; PIRES NETO, C. S. Indicadores de aptidão física relacionados à saúde em escolares do sexo masculino. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v.5, n.2, p.07-14, 2003.

11

Substâncias Psicoativas no Ambiente Escolar

Evandro Murer

Mestre em Educação Física FEF – UNICAMP

Jane Domingues de Faria Oliveira

Mestre em Educação Física FEF – UNICAMP

Roberto Teixeira Mendes

Professor Doutor do Departamento de Pediatria da FCM – UNICAMP

O ambiente escolar vem ampliando seu papel enquanto mecanismo de inclusão social, já que promove desde a infância a convivência dos indivíduos em grupos. Isso pode ser constatado tanto no aumento nos anos de escolaridade, quanto no número de horas dos cursos, o que amplia o convívio escolar.

O âmbito educativo, como muitos já destacaram, é bastante complexo. Uma questão que vem assumindo grande importância na dinâmica escolar é o fato de a escola ser implicada como local de primeiro contato com substâncias psicoativas.

Em todo o planeta, o consumo de drogas cresce constantemente. Em recente relatório divulgado em 2007, a Organização das Nações Unidas (ONU) indicou que cerca de 160 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos fumam maconha. As bebidas alcoólicas e o tabaco estão em constantes campanhas publicitárias, sem dizer da diversidade de medicamentos, muitos deles oferecidos pela internet, que prometem combater os males da modernidade: obesidade, depressão e estresse. Com esse cenário, como poderia ser diferente nas escolas?

As Substâncias Psicoativas (SPA) podem ser categorizadas pelos efeitos no Sistema Nervoso Central (SNC) como estimulante, depressora e alucinógena; ou por terem sua comercialização e uso legalizados ou não como drogas lícitas ou ilícitas.

Entre as SPA mais consumidas temos:

- Drogas lícitas: tabaco, álcool, café, calmantes, analgésicos, anabolizantes, anorexígenos, solventes;
- Drogas ilícitas: maconha, cocaína, crack, ecstasy e LSD, entre outras de menor consumo.

Segundo Bahls & Ingbermann (2005), entre os critérios de risco associados ao abuso de drogas e resumidos pelo *National Institute on Drug Abuse* dos Estados Unidos da América, encontram-se os ligados à socialização, que dizem respeito à interação da criança com os agentes socializadores fora da família, especificamente a escola.

Os critérios de risco ligados à socialização são:

- (a) comportamento agressivo e inapropriado em sala de aula,
- (b) fracasso no desempenho escolar,
- (c) habilidades sociais empobrecidas,
- (d) afiliação com pares que apresentam comportamentos desviantes, e
- (e) percepção de que na escola, entre os pares e na comunidade existe aprovação do comportamento de uso de drogas.

Os fatores protetores não são sempre opostos aos fatores de risco, e entre os principais fatores de proteção, incluem-se o sucesso no desempenho escolar e os vínculos fortes com instituições pró-sociais, como a escola e a igreja.

O uso de SPA estabelecido entre os 14 e 15 anos de idade pode ser renunciado pelo comportamento social e escolar demonstrado entre os sete e nove anos de idade.

Em estudo com crianças e adolescentes de 7 a 15 anos de idade sobre as habilidades escolares e sociais, e quanto ao ambiente em casa, Hops *et al.* (1999) encontraram que, quanto maiores as dificuldades escolares e sociais no ensino fundamental, mais as crianças entraram num processo contínuo de uso de drogas estabelecido na pesquisa: só uso de álcool, só álcool e tabaco, ou álcool, tabaco e maconha e outras drogas. Para as meninas, o ambiente em casa moderou o efeito das variáveis escolares e sociais. O baixo desempenho escolar de estudantes pode excluí-los do grupo que tem mais sucesso, levando ao envolvimento

mento com pares que apresentem problemas em aspectos escolares e uma maior probabilidade de desvio e uso de drogas.

Segundo Tavares *et al.* (2008), a “drogadição” invadiu o espaço educativo de forma tão contundente que vem assustando os professores, diretores e demais profissionais da educação, pois eles se vêem despreparados para agir diante dessa realidade.

A escola tem sido apontada como local de primeiro contato com as drogas, o que tem ocorrido por volta dos 11 anos de idade, uma fase da vida permeada de questionamentos, inquietações e insegurança.

Entre a puberdade e a adolescência, o ser humano vive uma transição constante, com quebra na relação familiar, busca de autoafirmação e aceitação frente aos colegas, o que implica na adoção de comportamentos valorizados pelo grupo, podendo favorecer o uso de substâncias entorpecentes, pois elas trazem sensação de segurança, coragem e tranquilidade. Essa situação, todavia, pode ser uma porta para o vício, que em muitos casos promove sofrimento, angústia, loucura e até levar a morte.

A escola, que tem um papel de formação do cidadão, acaba se omitindo ou agravando o problema, pois segundo Tavares *et al.* (2008), ao constatar alunos fazendo uso de drogas, simplesmente comunica aos familiares e os incumbe do cuidado com esse membro, o que significa muitas vezes o afastamento desses alunos das salas de aula e, em muitas ocasiões, o fim da vida escolar.

A escola, na maioria das vezes, encerra nesse ato sua ação a respeito das drogas, sendo repassada toda a responsabilidade para a família. Tal situação, contudo, retira do setor educacional suas obrigações com relação a esse problema, tendo em vista ser esse um dos espaços apontados como de iniciação ao uso de SPA, bem como ser a escola a principal instituição responsável pela formação das pessoas para inserção no meio social.

É importante frisar que as drogas (lícitas e ilícitas) chegam às escolas pelas mãos dos próprios alunos, funcionários e até professores. O Quadro 1 apresenta as SPA mais utilizadas pelos estudantes do ensino fundamental e médio no Brasil.

Quadro 1: Substâncias psicoativas (SPA) mais utilizadas por estudantes de ensino fundamental e médio no Brasil.

SPA	Prevalência
Álcool	65,2%
Tabaco	24,9%
Solventes	15,5%
Maconha	5,9%
Ansiolíticos	4,1%
Anfetaminas	3,7%
Cocaína	2,0%

Fonte: Cebrid/Unifesp.

Por serem de fácil acesso e sua produção e venda socialmente aceitas, as bebidas alcoólicas e o tabaco (cigarro) encabeçam as estatísticas. Em 2006, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), realizou um levantamento sobre o uso de drogas psicotrópicas, com 48 mil estudantes do ensino fundamental e médio, em 10 capitais brasileiras e constatou que dois em cada três jovens já beberam aos 12 anos de idade e um em cada quatro já experimentou cigarros.

Estudos indicam alguns fatores que levam o jovem às drogas nas escolas:

- Desejo de fuga dos problemas;
- Aceitação social;
- Curiosidade por novas sensações;
- Envolvimento de familiares e amigos com o consumo de drogas;
- Baixa percepção do apoio familiar;
- Menor frequência em prática esportiva.

A droga acaba sendo uma “válvula de escape” para as tensões e angústias geradas pelos problemas da vida, principalmente na fase escolar que engloba a pré-adolescência e a adolescência.

É importante uma mudança de atitude das pessoas que estão envolvidas com a escola, possibilitando construir com professores, alunos e familiares novas estratégias para o enfrentamento desse

problema. Levantamento realizado pela UNESCO, órgão da ONU, mostra que 45% dos estudantes, entre 6 e 9 anos, recusam-se a tocar no assunto com a mãe, e 55% dizem não fazer isso com o pai.

Ainda existe grande preconceito na discussão aberta do assunto drogas nas escolas. É necessário que a escola quebre esse paradigma e passe a adotar uma postura realista e de prevenção, assumindo o problema como também seu, contribuindo, assim, para o enfrentamento e, quem sabe, a redução do uso de drogas e consequentemente a diminuição de problemas psicológicos e sociais.

Para tanto, o ambiente escolar, além de ser um local onde as informações sobre drogas circulem livremente entre os alunos, professores, familiares, de modo claro para todos, deve também promover um maior envolvimento com profissionais da área de saúde afins.

Segundo Medeiros (2006), os programas de prevenção trazem benefícios para as pessoas, famílias, sociedade, bem como para o Estado, já que promove uma redução de gastos, pois “para cada dólar investido em prevenção pode-se observar uma economia de até 10 dólares no tratamento contra o consumo de álcool ou de outras drogas”.

Como técnica preventiva ao uso e disseminação das drogas no ambiente escolar, podemos sugerir o modelo proposto por Moreira *et al.* (2006) no contexto da Escola Promotora de Saúde, segundo o qual os alunos devem ser atendidos dentro de suas particularidades biopsicossociais, independentemente se fazem ou não uso de SPA, sejam elas quais forem. A atitude de um educador ou de uma escola que consegue incluir, manter ou renovar o seu vínculo com um aluno que faz algum uso de SPA, lícita ou ilícita, pode ser o divisor de águas entre a parada na experimentação e a migração para outros usos. Nesse aspecto, o vínculo positivo do aluno com a escola é base da inclusão e do apoio.

Segundo Moreira *et al.* (2006), em uma situação explícita do uso de drogas no ambiente escolar, o limite deve ser colocado de uma forma alternativa à exclusão do aluno, com uma chamada para a reflexão, e posteriormente através de textos sobre o assunto a serem trabalhados com toda a classe.

Concomitantemente, outras ações se tornam necessárias:

- Acompanhamento mais atento do cotidiano do aluno,
- Reunião com os pais e visitas domiciliares,
- Estimulo à participação em atividades que incentivem a autonomia.

A Questão do Tabagismo

Tido como a SPA mais consumida pelos alunos depois do álcool, o uso do tabaco tem particularidades que o situam numa posição mais crítica com relação à escola. Por ser droga lícita, seu uso é tolerado socialmente, o que favorece a quebra de comportamentos saudáveis em direção ao uso de substâncias outras, lícitas ou ilícitas.

O tabagismo está associado a altas taxas de morbidade e mortalidade, sendo responsável por aproximadamente cinco milhões de mortes ao ano e considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a maior causa de morte evitável no mundo. Apesar das evidências da associação do tabaco a várias patologias e de sua incidência estar diminuindo em alguns países, sabe-se que alguns tabagistas têm muita dificuldade para manter a abstinência, tornando a sua abordagem um desafio para os profissionais que trabalham na área da saúde (CASTRO & OLIVEIRA, 2007).

Tabagismo, diabetes, hipertensão arterial e dislipidemia são fatores de risco para doenças cardiovasculares, responsáveis por cerca de 30% das mortes no mundo (MORAES, 2006).

A ação nociva do cigarro não permanece somente nos pulmões, mas em todo o aparelho respiratório, podendo surgir rinites, sinusites e bronquites. Como o revestimento das vias aéreas superiores não agüenta a alta temperatura da fumaça nem a toxicidade de seus compostos químicos, o organismo passa a produzir mais muco para expulsar os elementos irritantes.

A nicotina é uma droga que apresenta alto poder de modificar a biologia e a fisiologia do cérebro, sendo fortemente indutora de dependência; também os fatores individuais, sociais e ambientais são importantes no desenvolvimento desse hábito nocivo (CASTRO & OLIVEIRA, 2007).

Desde 1993, o Brasil é o maior exportador de folha do tabaco do mundo, tendo ocupado essa posição pela diminuição da exportação por países como os Estados Unidos (MORAES, 2006).

A maior produção nacional de tabaco concentra-se na região sul do país, sendo que na safra de 2003 foram produzidas 633 mil toneladas de fumo, representando 96,4% da produção total brasileira. Tanto o Estado do Rio Grande do Sul como Santa Catarina e Paraná produzem tabaco, sendo responsáveis, respectivamente, por 51,7%, 34% e 11% do total produzido no Brasil, e os outros 3,3% se distribuem principalmente nos estados de Alagoas, Bahia e Sergipe, e bem menos significativamente em outros (MORAES, 2006).

Um dado preocupante em relação às tendências de consumo é o aumento da utilização do fumo entre as faixas etárias mais jovens e também entre o sexo feminino, pois as indústrias do tabaco estão direcionando esforços estratégicos na área de marketing para conquistar cada vez mais esses dois grupos.

Em relação aos jovens, aproximadamente 100 mil deles iniciam o hábito de fumar a cada dia no mundo, e a grande maioria, cerca de 80 mil, são de países em desenvolvimento (MORAES, 2006).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) iniciou o desenvolvimento de projetos para testar metodologias e gerar modelos de implantação de ações educativas continuadas em unidades de saúde, ambientes de trabalho e escolas. O objetivo é promover mudanças de atitudes no que tange à aceitação social do tabagismo e estimular a cessação de fumar em grupos-alvo formadores de opinião como professores, alunos, profissionais de saúde e trabalhadores de empresas (MORAES, 2006).

A prevenção primária é a forma mais eficiente de controlar a pandemia do tabagismo. Além disso, é importante lembrarmos que mais de 90% dos brasileiros começam fumar antes dos 19 anos e que cada real investido na prevenção economiza três pela redução dos custos de saúde com as doenças relacionadas ao tabagismo (CASTRO & OLIVEIRA, 2007).

Escola e Tabagismo

A idade escolar apresenta-se como um momento oportuno para a realização de ações de controle do tabagismo, pois a grande maioria dos fumantes começa a fumar nesse período, coincidindo com a fase da adolescência, da auto-estima instável, da formação da consciência crítica, crenças e incorporações de hábitos que, geralmente, estarão presentes por toda a vida. Também é durante a idade escolar que o hábito de fumar, geralmente, é mais facilmente controlado, pois nesse período a criança e o adolescente ainda encontram-se no início da dependência tanto física como psicológica (MORAES, 2006).

O cigarro no Brasil tem um preço muito baixo, sendo o sexto mais barato do mundo em comparação com países desenvolvidos e em desenvolvimento, tornando-se um produto acessível, facilitando a iniciação entre crianças e adolescentes (CASTRO & OLIVEIRA, 2007).

O levantamento sobre drogas psicotrópicas realizado em 2006, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), constatou que de cada dez estudantes que experimentam cigarros por mais de quatro vezes, seis podem tornar-se dependentes.

Por isso, o hábito de fumar deve ser expressamente combatido, envolvendo inclusive os adultos fumantes próximos às crianças ou adolescentes. Além do seu impacto futuro desfavorável já bem conhecido, sobre as doenças cardiovasculares e as doenças pulmonares, estudos têm demonstrado que o uso do tabaco entre jovens está associado à presença de lesões ateroscleróticas precoces, particularmente na aorta abdominal.

Meireles (2006) relata a importância da escola como um canal de atuação sobre crianças e adolescentes, pois se constitui em um local onde o saber pode ser construído, de forma interativa, contribuindo para opções conscientes e eficazes, que resultem em comportamentos saudáveis, podendo também ser considerada um centro de informação para a comunidade.

A escola é o local onde o estudante passa uma grande parte do seu tempo, onde ocorrem importantes estágios de desenvolvimento, como a infância e a adolescência, fases em que ocorrem a maioria dos casos de iniciação ao uso do tabaco (MORAES, 2006).

Dentro da escola, professores e funcionários estão expostos diariamente ao fumo, especialmente na sala dos professores, podendo colocar em risco a saúde e o bem-estar dos que permanecem nesse

local. Isso justifica a implantação de campanhas de sensibilização junto à população escolar acerca das conseqüências do tabagismo passivo na saúde e no ambiente escolar (RIOS, 2005).

A escola constitui um local de trabalho de funcionários e professores que possuem o direito de respirar um ar saudável e garantir a proteção da sua saúde. É um local destinado para crianças e adolescentes, que comprometem a saúde pela exposição ao fumo do tabaco e acabam por interiorizar que fumar é uma norma socialmente aceita. Esse dado constitui-se como um fator de risco para a iniciação do consumo do tabaco, visto que os adolescentes, no processo de construção da sua personalidade, são influenciados pela norma social, especialmente por adultos pelos quais guardam respeito, como pais e professores (CASTRO & OLIVEIRA, 2007).

Existe um número relevante de professores e funcionários que fumam dentro do ambiente escolar, o que pode fornecer uma pista importante para intervenção. Sabemos que os professores, geralmente, funcionam como modelos de comportamento para os alunos, sendo fundamental envolvê-los nas ações de controle (RIOS, 2005).

Desse modo, políticas restritivas ao hábito de fumar em locais de ensino demonstram ter um efeito importante na redução do consumo e na cessação do tabagismo, reduzindo a exposição do tabaco no ambiente escolar (CASTRO & OLIVEIRA, 2007).

Em geral, os programas que tornam a escola (e outros espaços públicos e de trabalho, como hospitais, centros de saúde, escritórios, etc.) livre do tabaco adotam três linhas de ação: (1) discussão com os participantes da comunidade em que são apresentadas, didaticamente, as questões ligadas ao tabagismo; (2) propõe-se então a decidir se aquele será um espaço livre do tabaco, garantindo apoio e assistência adequada a quem estiver desejando parar de fumar; (3) implanta-se a decisão, e só então ocorre a proibição do fumo no ambiente escolar.

Atividade Física e Tabagismo

A atividade física, quando realizada regularmente, provoca importantes adaptações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular. Durante o período de exercício, o corpo humano sofre adaptações cardiovasculares e respiratórias a fim de atender as demandas aumentadas dos músculos ativos e, à medida que es-

sas adaptações são repetidas, ocorrem modificações nesses músculos, permitindo que o organismo melhore o seu desempenho. Entram em ação os processos fisiológicos e metabólicos, otimizando a distribuição de oxigênio pelos tecidos em atividade (PITANGA, 2004).

Pesquisas demonstram que os indivíduos que realizaram um aumento da prática da atividade física após largarem o fumo apresentaram, um ano após, maior sucesso no processo de abstinência do que os sedentários. A atividade física pode: auxiliar o ex-fumante a melhorar a aptidão física, através da melhora da função cardíaca e pulmonar e do aumento da força e da resistência muscular; diminuir o risco de doenças crônicas relacionadas ao tabagismo, reduzindo o risco de doenças cardíacas e alguns tipos de câncer; combater o ganho de peso; auxiliar na melhora do estado psicológico alterado devido à abstinência da nicotina, tais como a irritabilidade, frustração, raiva, dificuldade de concentração e sono, estados de ansiedade, depressão e estresse (PITANGA, 2004).

A Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde discorre a respeito da importância da prática regular diária para prevenir doenças crônicas, juntamente com uma alimentação saudável e a eliminação do hábito de fumar. Para o indivíduo, é um meio poderoso de evitar as doenças crônicas. Para os países, pode constituir uma maneira econômica de melhorar a saúde de toda população. Pesquisas indicam que a atividade física regular fornece às pessoas de ambos os sexos, de todas as idades e condições, muitos benefícios físicos, sociais e mentais (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2006).

Conclusão

Baseados nessas informações, os estabelecimentos de ensino devem apoiar iniciativas que estimulem a prevenção e restrição do tabagismo, podendo estimular e incentivar programas de atividade física, enfocando a promoção da saúde no ambiente escolar. Entretanto, para de fato ter impacto na redução da adesão das crianças e jovens escolares ao tabagismo, é necessário tornar a escola um ambiente livre do tabaco.

Referências Bibliográficas:

- BAHLS, F. R. C.; INGBERMANN, Y. K.K. Desenvolvimento escolar e abuso de drogas na adolescência. **Rev. Estudos de Psicologia**. Campinas 22(4), 2005.
- CASTRO, M.G.; OLIVEIRA, M.S. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.43, n.2, p.3-5, 2007.
- HOPS, H.; DAVIS, B.; LEWIN, L.M. The development of alcohol and other substance use: a gender of family and peer context. **Journal of Studies Alcohol**. Supplement, n.13, p.22-31, 1999.
- MEDEIROS, C., **Drogas na Adolescência: um olhar educativo**. João Pessoa: CEFET-PB, 2006.
- MEIRELES, R.H.S. Controle do Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v.32, n.1, p.2-3, 2006.
- MORAES, M. A. **Avaliação da Implantação do Programa de Controle do Tabagismo no Hospital Santa Cruz – São Paulo**. (Tese de Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Serviços de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2006.
- MOREIRA F.G., *et al.* Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.807-816, 2006.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Memória de La Cuarta Reunión De La Red Latinoamericana De Escuelas Promotoras De La Salud**. Serie Promoción De La Salud. Nº 11. Washington, D.C.: OPS; p.214-218, 2006.
- PITANGA, F.J.G. **Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde**. São Paulo: Phorte, p.176, 2004.
- RIOS, S. A exposição ao fumo passivo e os hábitos tabágicos em uma escola secundária. **International Journal of Clinical and Health Psychology**. Granada, Espanha, v.5, n.1, p.143-160, 2005.
- TAVARES, F. B., *et al.* **Intervindo na Relação Escola e Drogas**. In: XI ENCONTRO DE INICIAÇÃO À DOCÊNCIA, UFPB - Teresina, P.B., 2008.

12

Empowerment, Direitos Humanos e Qualidade de Vida na Escola

Grace Angélica de Oliveira Gomes
Mestre em Gerontologia FCM – UNICAMP

André Luiz Papaléo
Mestrando em Educação Física FEF – UNICAMP

A escola existe em função da necessária apropriação de conhecimentos e formação de cidadãos críticos. Além dos temas formais abordados nesse local, aspectos gerais como cidadania, ética, participação, e aqueles relacionados à qualidade de vida devem ser explorados nesse ambiente, já que o aprendizado e a incorporação desses assuntos devem estimular ações e estratégias que melhorem as condições de vida dos sujeitos.

Fatores comumente associados à melhora da saúde e qualidade de vida, como a aquisição de hábitos saudáveis de alimentação e estilo de vida, práticas regulares de atividade física, entre outros, devem ser trabalhados em seus diversos aspectos para incentivar uma vida mais ativa desde a infância.

Com o intuito de favorecer a participação ativa das crianças na construção de sua vida, apresentamos e discutimos neste texto a categoria *empowerment* enquanto conceito e possível estratégia a ser utilizada na escola, e também exemplos práticos para seu desenvolvimento com vistas a uma vida com mais qualidade.

Empowerment e Escola Promotora da Saúde

O conceito de *empowerment*, cujas raízes originam-se a partir da segunda metade do século XX, através de lutas por direitos civis e emancipação feminina nos países desenvolvidos, pode ser entendido como o fortalecimento político-organizacional de uma determinada coletividade que busca transformar a realidade local e desenvolvê-la social e economicamente a partir de ações solidárias e colaborativas em prol de interesses comuns (FRIEDMAN, 1992).

A inexistência do termo “empoderamento” no idioma português causa a co-existência de múltiplas interpretações para tal noção, o que, juntamente com um embasamento teórico pouco consistente, pode dificultar a utilização desse conceito de maneira apropriada.

Carvalho (2004), ao apresentar reflexões sobre aspectos relacionados aos desafios sanitários contemporâneos, parte do pressuposto de que o conceito de *empowerment* representa um eixo central de Promoção à Saúde.

Segundo esse autor, entretanto, algumas questões precisam ser discutidas a partir das raízes dos reais problemas para que declarações a favor de uma sociedade mais saudável e justa não se transformem em discursos desprovidos de sentido. Entre essas questões destacam-se: Qual a teoria sobre o poder que sustenta esse conceito? É possível um processo de *empowerment* que não questione as estruturas existentes? Qual a relação entre o sentimento de poder e o poder sobre os recursos concretos? A quem servem o *empowerment* e a participação comunitária?

Duas noções são desenvolvidas no referido artigo com o intuito de refletir sobre tais questões. A primeira, restrita ao indivíduo, é a de *empowerment* psicológico, que pode ser definida como um sentimento de maior controle sobre a própria vida, fortalecimento da auto-estima e capacidade de adaptação ao meio, experimentada através do pertencimento a grupos determinados, sem que haja necessariamente participação em ações políticas coletivas.

Esse sentimento de poder possui certamente aspectos positivos, contudo, também pode alimentar a ilusão da existência efetiva de poder nos indivíduos, enquanto o verdadeiro controle social é exercido por políticas e práticas macrosociais. Isto pode, de acordo com Carvalho (2004), difundir a ideologia política da responsabilidade pessoal, ao mesmo tempo isentando o Estado de suas obrigações e

facilitando a inclusão de políticas de corte neoliberal em determinado contexto social.

A segunda noção, mais abrangente que a anterior, é a de *empowerment* comunitário, cuja consequência prática reflete uma postura de enfrentamento das determinações macro e microssociais responsáveis pelos males da sociedade. Deste modo, o elemento central dessa noção está na possibilidade do desenvolvimento de competências, por parte dos sujeitos, para uma participação politicamente ativa, pois, se a transformação da sociedade não depende unicamente do desenvolvimento crítico dos indivíduos, este, porém, mantém-se fundamental para sua ocorrência.

O *empowerment* comunitário inclui, de um lado, os aspectos positivos da experiência subjetiva do *empowerment* psicológico e, de outro, a realidade objetiva da mútua relação entre macroestruturas condicionantes e a ação de diferentes atores. Desta forma, pode ser visto como um processo de validação e legitimação da experiência de terceiros e também remoção de barreiras à vida em sociedade. Demonstra processos à promoção da participação e aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades através de maior eficácia política, justiça social e melhoria da qualidade de vida (CARVALHO, 2004).

Ao encontro dessa categoria, anteriormente apresentada, trazemos o conceito de Escola Promotora da Saúde, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), visando à promoção da qualidade de vida em municípios e comunidades.

Os objetivos desse programa podem ser destacados a partir das seguintes temáticas: educar para a saúde a partir da transmissão de conhecimentos sobre estilos de vida saudáveis; estruturar ambientes saudáveis, melhorando a qualidade de vida nas escolas e seu entorno; fortalecer o trabalho conjunto entre serviços de saúde e educação para a promoção integrada de aspectos como saúde, alimentação, atividade física, lazer e formação profissional.

Direitos Humanos, Qualidade de Vida e Escola

O processo de complexificação das sociedades, no decorrer da História, trouxe como demanda essencial a construção de regras visando à convivência pacífica e harmoniosa entre os indivíduos.

Ao construir sua legislação específica, cada Estado-nação desenvolve também estruturas capazes de garantir, da melhor maneira

possível, sua aplicabilidade. Contudo, como a realidade concreta sempre supera as construções teóricas elaboradas com as finalidades de organizá-la e também explicá-la, diversos fatores de ordem política, social, econômica e cultural, podem atuar no sentido de dificultar o cumprimento pleno desse conjunto de leis.

A Constituição brasileira, promulgada no ano de 1988, estabelece uma série de direitos fundamentais aos cidadãos, particularmente à criança e ao adolescente (art.227), como direito à vida, à liberdade, à igualdade, à educação, ao trabalho, à moradia, à saúde, ao lazer, à segurança.

Porém, pouco esforço é necessário para se encontrar situações no cotidiano que demonstrem a limitada eficácia na garantia desses direitos, por parte do Estado, a todos aqueles que, devido à sua maior vulnerabilidade, vêm-se dependentes desta garantia. Incluem-se nesse quadro as pessoas que enfrentam condições sócio-econômicas desfavoráveis e, em particular, crianças e adolescentes.

Um dos motivos que fazem com que as pessoas deixem de lutar por seus direitos é o fato de haver muitas regras construídas por aqueles que, em determinado momento, representam a sociedade, o que interfere no comportamento de cada indivíduo.

Conforme Betelheim (1988), o excesso de controle externo restringe o espaço para a livre tomada de decisões individuais. Isso implica na diminuição da responsabilidade pessoal, logo, na autonomia, entendida como capacidade interna de determinação.

E quais as conseqüências dessa limitação? Para Betelheim (1988), se não fortalecemos nossas faculdades decisórias ao longo de nossas vidas, fatalmente seremos controlados tanto por nossos instintos quanto por uma sociedade que demonstra inúmeras falhas em sua conduta.

Embora, a partir da década de 1990 tenha ocorrido no Brasil uma abertura à participação da sociedade civil no estabelecimento de políticas sociais, através de criação de conselhos deliberativos, a efetiva participação popular ainda é bastante limitada, o que pode ser explicado pela pouca vivência de princípios e práticas democráticas nos diversos espaços de convívio e pela complexidade na comunicação entre diferentes atores sociais devido às diversas formas de linguagem (COLLISELLI; COMERLATTO; KLEBA, 2007).

Sendo a escola um espaço privilegiado para a aquisição de conhecimentos, valores e práticas, os contextos pedagógicos desenvolvidos de forma a facilitar sua incorporação enriquecem a interação, a aquisição de autoconfiança e o reconhecimento de si e do outro no

processo de construção da vontade coletiva, favorecendo o aprendizado da cidadania e da democracia já a partir da infância.

Criado no ano de 1990 com o objetivo de regulamentar os direitos outorgados pela Constituição Federal em seu artigo 227, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) possibilita a cada cidadão o entendimento e reconhecimento da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento e como sujeitos de sua história.

Ao substituir o Código de Menores, que tinha como princípios norteadores medidas de assistência e proteção a menores em situação de risco, como, por exemplo, abandono, o ECA iniciou um novo momento para o progresso da sociedade civil, no sentido de assegurar à criança e ao adolescente todos os direitos fundamentais à vida, garantindo a este segmento populacional melhoria na qualidade de vida a partir de ações de iniciativa da sociedade, da família e do Estado (LAKS; WERNER; MIRANDA-SÁ JR., 2006).

A discussão sobre qualidade de vida surge no sentido da superação do entendimento da saúde apenas como ausência de doença. No ambiente escolar, avaliações de qualidade de vida podem gerar informações significativas não apenas sobre os estudantes, mas também, sobre toda a comunidade envolvida: professores, funcionários, pais e a comunidade do entorno.

Exemplo de instrumento de avaliação de qualidade de vida, o WHOQOL-100 foi criado pelo grupo de qualidade de vida da OMS (UFRGS, 2008) com a colaboração de pesquisadores e cientistas de 15 países. Ele é constituído por 24 facetas, representando dimensões da qualidade de vida, agrupadas em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente, e, por último, espiritualidade, religião e crenças pessoais.

Visando consolidar um estilo de vida saudável desde a infância, reduzindo a possibilidade de aquisição e manutenção para o futuro de hábitos comportamentais de risco, como o tabagismo e o sedentarismo, é possível estabelecer relações entre, por exemplo, os domínios do WHOQOL-100 e elementos constitutivos do ECA.

Essas relações podem ser efetivadas através da elaboração de um planejamento pedagógico sistemático com o auxílio da noção de *empowerment* e do conceito de Escola Promotora da Saúde, anteriormente apresentados, visto que eles fortalecem a autonomia e a participação coletiva, logo, constituem-se em importantes ferramentas à abertura de horizontes para que cada indivíduo faça valer seu papel de cidadão através de maior atuação nas decisões que lhe dizem respeito.

Atividades na escola que busquem esclarecer crianças e adolescentes sobre seus direitos e o que elas podem fazer para mudar a realidade das condições de vida tornam-se relevantes na medida em que podem melhorar a qualidade de vida do indivíduo e da comunidade. Várias crianças ao mesmo tempo conscientes do direito ao lazer e a espaços próprios para sua prática, por exemplo, podem buscar alternativas que alcancem esse direito em sua comunidade.

A seguir, daremos alguns exemplos de ações de conscientização na escola sobre aspectos que envolvem a qualidade de vida do sujeito e de sua comunidade.

Ações Educativas na Escola

As ações de “empoderamento” na escola devem ocorrer tentando atingir os quatro primeiros princípios do ciclo de mobilização proposto por Phil Bartle (2007), que são:

- Sensibilização da comunidade;
- Aumento da consciência dos direitos dos cidadãos;
- Diagnóstico participativo do nível de conhecimento;
- Definição dos objetivos prioritários para aquela comunidade.

Além da atividade física como promotora de qualidade de vida, alguns temas relacionados aos domínios e facetas da avaliação de qualidade de vida do Whoqol podem ser abordados, como:

- Domínio físico:
Dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso;
- Relações sociais:
Relações pessoais, suporte social;
- Ambiente:
Segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, Participação em oportunidades de recreação/lazer; Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima), Transporte.

Abaixo alguns exemplos de ações práticas:

Exemplo 1 - Estágios de prontidão e atividade física

1ª etapa

Avaliação para identificação do estágio de prontidão para atividade física (PROCHASKA, 1994) de alunos, professores e funcionários;

2ª etapa

Dividir em grupos de acordo com o estágio de prontidão em que o indivíduo se apresente. Em seguida, formular palestras informativas direcionadas para cada grupo;

3ª etapa

Concretização da proposta na escola, através da mobilização e reflexão dos alunos sobre o tema.

Exemplo 2 - Dia da qualidade de vida e saúde na escola

1ª etapa

Mobilização de profissionais de saúde da UBS próxima à escola para fazer avaliação antropométrica, acuidade visual, medida de pressão arterial e atualização do calendário de vacinas;

2ª etapa

A partir de resultados, discutir com alunos propostas para melhorar condições de saúde da escola (cantina, mais participação nas aulas de educação física, trabalhar tema alimentação saudável como tema transversal, etc.).

Exemplo 3 – Semana de vivência na escola

1. Arte e Expressividade: desenvolver atividades de música, teatro, pintura, escultura, trabalhos manuais, jogos, danças, atividades esportivas;

2. Discussão sobre a origem do bairro e comunidade, história local;
3. Apreensão do espaço urbano do bairro;
4. Identificação de problemas em: segurança, transporte e locomoção, acesso à cultura: cinema, teatro, biblioteca, música, dança, esportes entre outros;
5. Contato com escolas que desenvolvem assuntos e práticas, já apresentando resultados no *empowerment* dos alunos, professores, funcionários, pais e comunidade do entorno.

Exemplo 4 - Dia de jogos de memória sobre Estatuto da Criança e do Adolescente e direitos relacionados à cidadania.

Exemplo 5 - Oficinas de caráter informativo sobre qualidade de vida, direcionadas para os pais. Os alunos podem ajudar a formular os temas abordados.

Exemplo 6 - Professores se organizam para incluir em seus conteúdos programáticos temas transversais durante as aulas formais.

A concretização das ações pode ocorrer na escola através de:

- Criação de Cartazes e murais na escola, cartas de incentivo a prática de atividade física entre os próprios alunos;
- Jornal informativo criado pelos alunos para a comunidade;
- Aulas informativas de educação física sobre tipos de atividade física e recomendação;
- Passeios no bairro e em espaços de lazer para verificar as condições estruturais dos locais;
- Plantio de árvores na escola como forma de melhorar o ambiente em que os alunos estudam;
- Transmissão de conhecimentos através de contadores de histórias e teatro de fantoches;
- Distribuição de panfletos informativos sobre qualidade de vida na comunidade pelos alunos;
- Busca de parceria entre a escola e Unidades Básicas de Saúde e líderes comunitários do bairro;

- Participação da própria comunidade no diagnóstico participativo da escola, buscando um “empoderamento” mútuo durante a troca de saberes.

Referências Bibliográficas

- BETELHEIM, Bruno. **O coração informado: autonomia na era da massificação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria *empowerment* no projeto de promoção à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1088-1095, 2004.
- COLLISELLI, L.; COMERLATTO, D.; KLEBA, M. E. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.16, n.2, p.335-342, 2007.
- FRIEDMAN, J. **Empowerment: the politics of the alternative development**. Cambridge: Blackwell Publishers, 1992.
- LAKS, J.; WERNER, J.; MIRANDA-SÁ JR. Psiquiatria forense e direitos humanos nos pólos da vida: crianças, adolescentes e idosos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.28, supl.2, p.580-585, 2006.
- UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Psiquiatria. Divisão de Saúde Mental. **Grupo WHOQOL**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#3>>. Acesso em: 15 nov 2008.
- PROCHASKA JO, MARCUS BH. The transtheoretical model: applications to exercise. In: Dishman RK, ed. **Advances in Exercise Adherence**, pp 161-80. Cahampaign, IL: Human Kinetics, 1994.

13

Elaboração de Projetos: um Caminho para a Consciência

Maria Auxiliadora de Freitas Reis
Especialista em Ontologia da Linguagem na PUC Brasília

Ao tratar da questão da Qualidade de Vida nas Escolas, um grande desafio é colocado: transformar as várias apresentações e discussões em projetos que possam ser aplicados posteriormente pelas professoras junto à comunidade escolar. Mas aplicados mesmo!

Devemos então buscar formas de relacionamento que sejam democráticas o suficiente e ao mesmo tempo tenham base na pedagogia brasileira.

Partindo de Paulo Freire: “...uma sociedade que vinha e vem sofrendo alterações tão profundas e às vezes até bruscas e em que as transformações tendiam a ativar cada vez mais o povo em emergência, necessitava de uma reforma urgente e total no seu processo educativo. Reforma que atingisse a própria organização e o próprio trabalho educacional em outras instituições ultrapassando os limites mesmos das estritamente pedagógicas.

Necessitávamos de uma educação para a decisão, para a responsabilidade social e política.

Uma educação que possibilitasse aos seres humanos a discussão corajosa de sua problemática. De sua inserção nesta problemática. ...Educação que colocasse em diálogo constante com o outro. Que o predispusesse a constantes revisões. A análise crítica de seus ‘achados’. A uma certa rebeldia, no sentido mais humano da expressão. Que o identificasse com métodos e processos científicos”.

Passando para um chileno que estabeleceu boas relações com o Brasil, Carlos Matus, para tratar dos projetos a partir de problemas estruturados, bem explicados, com fundamentação teórica que sustente a discussão coletiva posterior no momento normativo do planejamento, ou seja, a execução do projeto desenhado.

Como diz Matus em entrevista a Franco Huertas sobre o porquê concentrar-se em problemas como um conceito: *“A realidade gera problemas, ameaças e oportunidades. O político trabalha com problemas e a população sofre problemas. É um conceito muito prático, reclamado pela própria realidade, que faz o planejamento aterrizar. Os problemas reais cruzam os setores e têm atores que se beneficiam ou são prejudicados por eles. Em torno de problemas a participação cidadã é possível.”*

Projeto
(do latim *Projectu*, “lançado para diante”)

1. Idéia que se forma de executar ou realizar algo no futuro; plano, intento, desígnio.
2. Empreendimento a ser realizado dentro de um determinado esquema: projeto administrativo; projetos educacionais.
3. Redação ou esboço preparatório ou provisório de um texto.
4. Esboço ou risco de uma obra a se realizar; plano.
5. Arquitetura: Plano geral de edificação.

É muito interessante observar que projeto é tudo isso ao mesmo tempo. Isto é, uma iniciativa de realização em âmbito social nasce quase sempre de um desejo, um interesse de realizar algo, transformar uma realidade. Tudo isso começa a tomar forma através de um esquema lógico, o que muitas vezes é apenas um esboço, por si só provisório. O caráter inovador está na forma de elaboração coletiva e de problemas descritos com a maior exatidão possível. Há que se considerar o conceito de verdade que impera em cada contexto.

Projetos só fazem sentido na medida em que fazem parte de programas ou políticas públicas, que são mais amplos. O projeto por si só, não muda as coisas. É a qualidade da ação que conta, e ela depende dos sistemas de alta direção que o líder desconhece e não sabe que desconhece.

Pretende-se, portanto, através do direcionamento pedagógico das aulas e da fundamentação dos alunos em técnicas de elaboração de projetos, criar uma base de competências e iniciativas que poderão contribuir para o desenvolvimento de ações que propiciem uma melhora na qualidade de vida das comunidades envolvidas e, posteriormente, de todo o município

Não existe um modelo único de apresentação de projeto. Muitas vezes, os órgãos concedentes de recursos – públicos ou privados – costumam oferecer roteiros ou modelos que devem ser fielmente observados. Alguns exigem o preenchimento de formulários – síntese dos conteúdos essenciais do projeto, anexos e alguns aspectos fundamentais detalhadamente descritos. Outros ainda deixam ao arbítrio do proponente a estrutura de apresentação do projeto, e assim por diante.

Em qualquer dos casos, uma regra básica – válida para todos os itens da apresentação – é utilizar linguagem clara e objetiva, dispensando considerações discursivas

Roteiro proposto para apresentação de Projeto

1. Apresentação
2. Caracterização do proponente
3. Caracterização do projeto:
 1. Título
 2. Justificativa
 3. Objetivos – geral e específicos (quando for conveniente)
 4. Metas
 5. Método
 6. Recursos Humanos e Materiais Necessários
 7. Monitoramento e Avaliação
 8. Parcerias e Alianças
 9. Cronograma Físico
 10. Execução orçamentária

Desenvolvimento de cada item

- **Apresentação**
Descrever sucintamente (se possível não ultrapassando uma página) a finalidade e os objetivos do projeto, as atividades previstas, as metas e os principais resultados quantitativos e qualitativos esperados.

- **Caracterização do proponente**

Em se tratando de organizações não governamentais, prestar informação sobre a missão institucional, bem como citar alguns dos principais trabalhos realizados, pertinentes ao tema da proposta. É importante destacar a experiência da proponente em trabalhos a ele relacionados.

No caso de órgãos públicos, identificar a área, a instância administrativa, o setor proponente e suas funções, o responsável direto e situar onde a proposta se insere no contexto da organização, por exemplo, a secretaria, e em qual programa da mesma.

- **Caracterização do projeto:**

1. **Título:**

Quando utilizado um nome fantasia, deve ser acompanhado de subtítulo que expresse a natureza do projeto a que se refere a proposta.

2. **Justificativa:**

Deve responder à questão: “por que executar o projeto?” Resaltar os seguintes aspectos:

- O problema que o projeto pretende solucionar ou alterar;
- A relevância do projeto em relação aos beneficiários (público alvo);
- O impacto social previsto e as transformações positivas esperadas;
- A área geográfica abrangida;
- As características da população e o grau de envolvimento da comunidade (próxima ou mais ampla), na área de ação do projeto.

3. Objetivos

São os resultados diretos a serem obtidos com a implantação do projeto.

- **Objetivo Geral:**
Identificar os benefícios mais amplos que as ações do projeto deverão propiciar, dentro de um contexto macro.
- **Objetivos Específicos:**
Referem-se às etapas intermediárias que deverão ser cumpridas no curso do projeto. Portanto, devem estar vinculados ao seu objetivo geral. Também devem ser viáveis, hierarquizados e mensuráveis.

Obs.: Quando indicado, para maior clareza, pode-se incluir aqui o item “**Público (ou população) alvo**”, para especificar as condições necessárias para a inclusão do grupo que será diretamente beneficiado pelas ações do projeto.

4. Metas a serem atingidas

- São os objetivos expressos de forma especificada e quantificada. As metas devem responder às perguntas:
- Quanto?
- Em quanto tempo?

Ex.: Ampliar em 35% o atendimento em educação infantil, até julho de 2008. (sempre se aconselha indicar pelo menos mês e ano).

5. Método

Descrever neste item a maneira como as atividades serão implementadas, incluindo os principais procedimentos, as técnicas e os instrumentos a serem empregados.

Destacar outros aspectos importantes, com a forma de adesão do público alvo do projeto, os locais de execução das ações/ atividades e, quando for o caso, a natureza e função de agentes multiplicadores e mecanismos de participação da comunidade a ser envolvida.

6. Recursos Humanos e Materiais

Relacionar a equipe técnica, incluindo a formação profissional, a função que exercerá no projeto e a carga horária semanal de cada um. Relacionar o pessoal de apoio necessário, identificando o grau de escolaridade e da mesma forma, suas funções e carga horária semanal.

OBS: Utilizar uma planilha para:

1. Listar todo o material a ser utilizado, seu tipo e quantificação;
2. Listar os equipamentos necessários, indicando suas especificações.

7. Monitoramento e Avaliação

Para cada atividade principal indicar, para a avaliação de processo, os indicadores quantitativos e qualitativos de progresso, bem como os meios de verificação das informações, ou seja: onde, quando e como as informações serão coletadas e analisadas.

IMPORTANTE: Com relação à avaliação de resultados, para cada objetivo específico, identificar os indicadores quantitativos e qualitativos dos resultados esperados, assim como os meios de verificação.

Quanto à avaliação de impacto, para cada objetivo específico, identificar os indicadores quantitativos e qualitativos de impacto e os meios de verificação.

8. Parcerias e Alianças

Identificar as principais parcerias ou alianças estabelecidas para a execução do projeto, incluindo os parceiros – executores, instituições/empresas de apoio técnico, material e/ou financeiro, consultorias, etc., especificando as funções de cada parceiro.

9. Cronograma Físico

Dispor em planilha a programação/ distribuição no tempo, das principais atividades previstas. Constitui um instrumento essencial de gestão e por isso deve indicar os prazos de início e conclusão de cada etapa, utilizando o mês como unidade do cronograma.

Execução Orçamentária

Considerando as principais atividades estabelecidas a partir de cada objetivo específico, indicar o valor solicitado. O orçamento detalhado das despesas deve ser visualizado em cronograma que mostre, em ordem lógica, metas, respectivas etapas e desembolso no tempo.

Obs.: Informações complementares podem ser incluídas desde que solicitadas ou necessárias.

A seguir, apresentamos um modelo de Cronograma Físico e um de Cronograma de Desembolso.

Modelo de CRONOGRAMA FÍSICO

Ação/ Atividade	Período											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez

Modelo de CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Natureza de despesa	Período												Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Material de consumo													
Material permanente													
Serv. 3 ^{os} - pessoa física													
Serv. 3 ^{os} - pessoa jurídica													
Transporte													
Remuneração do pessoal													
Total													

Referências Bibliográficas

- FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 25ª edição. 150p.
- ARMANI, Domingos. **Como elaborar projetos? Guia prático para Elaboração e Gestão de Projetos Sociais**. Tomo Editorial, 2004. 96 p. (Coleção Amencar)
- HUERTAS, Franco. **O método PES: entrevista com Matus**. Tradução de Giselda Barroso Sauveur – São Paulo: FUNDAP, 1996. 139p
- MATUS, Carlos. **Adeus Senhor Presidente**. Tradução de Francisco A. Carneiro da Cunha Filho. Recife: Litteris Editora Ltda, 1989. 204p
- PAULA, Ana Rita de. **Manual de Procedimento - Como Elaborar um Projeto**. Material Apostilado. SORRI-BRASIL, São Paulo, 1999. 29p

14

O Programa Promoção da Saúde no Ambiente Escolar: Alimentação Saudável e Vida Ativa

Estela Marina Alves Boccaletto
Doutoranda da Faculdade de Educação Física FEF – UNICAMP

Roberto Vilarta
Professor Titular da Faculdade de Educação Física FEF – UNICAMP

Roberto Teixeira Mendes
Professor Doutor do Departamento de Pediatria da FCM – UNICAMP

O Programa Promoção da Saúde no Ambiente Escolar: Alimentação Saudável e Vida Ativa, desenvolvido em parceria estabelecida entre o Município de Vinhedo (SP) e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), tem por objetivo promover a saúde e a qualidade de vida no ambiente escolar.

Está baseado nas estratégias das Escolas Promotoras da Saúde propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que têm por objetivo:

- A estruturação de ambientes saudáveis na escola e entorno;
- A educação para a saúde e o ensino de habilidades para a vida;
- O fortalecimento da colaboração entre os serviços de saúde e educação.

No período 2005-2006, o Município de Vinhedo realizou avaliação em alimentação saudável e atividade física nas 8 Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) de 1^{as} às 4^{as} séries. Essa avaliação consistiu de levantamento de dados referentes às caracterís-

ticas socioeconômicas do Município, levantamento de dados sobre as políticas e programas relacionados com a alimentação saudável e vida ativa desenvolvidos no ambiente escolar e a avaliação do estado nutricional das crianças de 7 a 10 anos de idade das EMEF. Na segunda fase, foi desenvolvido curso de capacitação para a comunidade escolar, professores e coordenadores, através da Escola de Extensão da UNICAMP: “Conceitos e aplicações para a boa alimentação e controle do peso corporal”. Essas atividades e respectivos resultados estão registrados no livro “Diagnóstico da Alimentação Saudável e Atividade Física em Escolas Municipais de Vinhedo/SP”. (BOCCALETTO E VILARTA, 2007).

Em 2008, a estrutura geral do Programa Promoção da Saúde no Ambiente Escolar consistiu da reavaliação das condições relacionadas com a alimentação e vida ativa observadas nas agora 9 EMEF de 1^{as} as 4^{as} séries, através das metodologias utilizadas em 2005-2006, comparação dos dados obtidos nas duas etapas e criação de banco de dados das variáveis medidas durante a realização da pesquisa.

Essa parte da publicação tem por objetivo principal apresentar à comunidade escolar os resultados das duas etapas, no sentido de possibilitar, com as informações obtidas, a análise crítica das ações desenvolvidas em promoção da saúde relacionadas com a alimentação saudável e vida ativa nas EMEF de Vinhedo (SP).

Inicialmente, são apresentadas as características socioeconômicas do Município de Vinhedo (SP) e as transformações observadas durante o período 2005-2008 divulgadas nas bases de dados: IBGE Cidades, SEADE Perfil Municipal e DATASUS Cadernos de Informações e pela Prefeitura Municipal de Vinhedo.

A seguir são apresentados os resultados obtidos na avaliação do estado nutricional das crianças de 7 a 10 anos de idade nos estudos realizados em 2005 e 2008, segundo os critérios estabelecidos pela OMS em 2007. Os resultados obtidos por região do Município são descritos no capítulo subsequente.

Por fim, são apresentados os resultados obtidos através da aplicação do Questionário de Avaliação da Promoção da Saúde para Atividade Física e Alimentação Saudável: ensino fundamental nas EMEF relacionadas abaixo e as sugestões para a abordagem dos problemas detectados.

Relação das EMEF de 1ª a 4ª séries que foram
locais de ação em 2008

1. Escola Municipal de Ensino Fundamental Abel Maria Torres
Endereço: Rodovia Edenor Tasca, s/ no. – Caixa D'água
Telefone: (19) 3876-3535
2. Escola Municipal de Ensino Fundamental Prof. Cláudio Gomes
Endereço: Rua Fernando Costa, 628. – Centro
Telefone: (19) 3876-2785
3. Escola Municipal de Ensino Fundamental Profa. Antonia do Canto e Silva Cordeiro
Endereço: Rua dos Pica paus, 100. – Jardim Brasil
Telefone: (19) 3876-3006
4. Escola Municipal de Ensino Fundamental Dr. Abrahão Aun
Endereço: Rua Antonio Vendramini, 349 – Nova Vinhedo
Telefone: (19) 3876-2051
5. Escola Municipal de Ensino Fundamental Maria de Lourdes Von Zuben
Endereço: Rua Theodoro Sebastião Pisoni, 200 – Jardim Miriam
Telefone: (19) 3876-2935
6. Escola Municipal de Ensino Fundamental Fazenda São Joaquim
Endereço: Rua Rio Pirassununga, 488 – Condomínio São Joaquim
Telefone: (19) 3876-3006
7. Escola Municipal de Ensino Fundamental Dom Mathias
Endereço: Avenida Nossa Sra. de Lourdes, 100. – Capela
Telefone: (19) 3886-8030

8. Escola Municipal de Ensino Fundamental Magdalena Lébeis
Endereço: Rua esmeralda, 30 – Jardim Bela Vista
Telefone: (19) 3886-8524
9. Centro Integrado de Cidadania Eduardo Von Zuben (CIC)
Endereço: R. Julio Francisco de Paula esquina com a Estrada da Capela
Telefone: (19) 3826-3224

A partir dos resultados obtidos são sugeridas algumas propostas que visam corrigir situações inadequadas relacionadas com a alimentação saudável e atividade física para um ambiente escolar.

Referências Bibliográficas

BOCCALETTO, E.M.A. e VILARTA, R. (Orgs.). **Diagnóstico da alimentação saudável e atividade física em escolas municipais de Vinhedo/SP**. Campinas: IPES Editorial, 2007.

15

O Município de Vinhedo no período 2005-2008: Aspectos socioeconômicos

Estela Marina Alves Boccaletto
Doutoranda da Faculdade de Educação Física FEF – UNICAMP

Roberto Vilarta
Professor Titular da Faculdade de Educação Física FEF – UNICAMP

Roberto Teixeira Mendes
Professor Doutor do Departamento de Pediatria da FCM – UNICAMP

Breve histórico

A partir do século XVII, por volta de 1620, em rota de bandeirantes e tropeiros ligando o litoral e capital paulista com o interior, nasce a Vila de Rocinha (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2008).

Rocinha prosperou a partir da plantação de café, com a instalação de fazendas cafeeiras na região, em meados do século XIX. A Vila passou à condição de distrito do Município de Jundiaí em 31 de outubro de 1908 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

Com a decadência da cultura cafeeira observada no início do século XX e a instalação de imigrantes europeus, as videiras trazidas pelos mesmos passaram a sustentar a economia (CANO e BRANDÃO, 2002; FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2008).

A Vila de Rocinha foi elevada à categoria de Município pela Lei Estadual nº 233 de 24 de dezembro de 1948, quando o território foi desmembrado de Jundiaí. Sua emancipação política, instalação e constituição do distrito sede ocorreu em 2 de abril de 1949, denominando-se desde então Município de Vinhedo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

O Município, baseado originalmente na atividade econômica agrícola, foi se desenvolvendo através de um contínuo processo de industrialização que teve início a partir da instalação da primeira indústria inaugurada em 1925 (PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO, 2009).

Nos últimos 30 anos, observou-se um aumento da participação do setor industrial e de serviços na economia do município com crescente taxa de urbanização e crescimento demográfico. Este último relacionado com a migração de população inicialmente oriunda de municípios do interior do Estado de São Paulo e de outros Estados e posteriormente oriunda da Capital e Grande São Paulo a procura de segurança, tranquilidade e qualidade de vida (CANO e BRANDÃO, 2002).

Aspectos demográficos

O Município possui uma área de 81,74 Km². Sua população para 2008 foi estimada com base no Censo de 2000 em 59.202 habitantes, e para 2005 em 55.736. A densidade demográfica estimada para 2008 foi de 724,27 hab./km², o que em 2005 foi estimado em 682 hab./km², o que representa um crescimento demográfico estimado em cerca de 6,2% nos três anos. A densidade demográfica estimada para 2008 foi superior à estimada para a Região Metropolitana de Campinas, que foi de 559,29 hab./km², e para o Estado de São Paulo, de 165,75 hab./km² (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2008; BOCCALETTO e VILARTA, 2007).

Estimou-se uma população menor de 15 anos em 24,17% do total do Município para 2007, sendo cerca de 1/3 da população menor de 20 anos de idade. A Figura 1 apresenta a População estimada por faixa etária para 2005 e 2007 (SECRETARIA EXECUTIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Figura 1: População estimada por faixa etária nos anos 2005 e 2007 para o Município de Vinhedo/SP.

População estimada por faixa etária para 2005 e 2007		
Faixa etária	2005	2007
Menor de 1	805	849
1 a 9	7.643	8.061
10 a 19	10.767	11.357
20 a 39	19.067	20.110
40 a 59	12.498	13.183
60 e mais	4.956	5.227
Total	55.736	58.787

Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), Censos e Estimativas obtidos através da SECRETARIA EXECUTIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - DATASUS.

A taxa geométrica de crescimento estimada entre 2000 e 2008 foi de 2,91% ao ano. Durante o período de 1996 a 2000, a taxa geométrica de crescimento foi 5,1% ao ano. Apresentou uma queda no período 2000-2008 em relação ao período 1996-2000, porém em ambos os períodos essa taxa foi superior à média observada na Região Metropolitana de Campinas e no Estado de São Paulo. O Município apresentava em 2000 um grau de urbanização de 97,79% (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2008).

Aspectos socioeconômicos

O Município apresentou em 2000 um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,857, considerado alto índice de desenvolvimento humano já que superior a 0,800, ocupando a 4ª posição no Ranking Municipal do Estado de São Paulo e o 1ª na região Metropolitana de Campinas (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2008).

Quanto ao Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), em 2002, 2004 e 2006 apresentou valores que o inseriam no Grupo 1, grupo dos municípios que apresentam um nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais. Nos períodos de 2002 e 2004, apresentou o IPRS superior ao da Região Metropolitana de Campinas (RMC) e ao Estado. Os dados de 2006 são recentes e ainda não

foram comparados com a RMC e o Estado (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2008).

O IPRS considera em sua avaliação três dimensões:

- IPRS – Riqueza, que é avaliada através do consumo de energia elétrica por ligações, rendimento médio do emprego formal e o valor adicionado per capita. Em 2002, essa dimensão equivalia a 60, ocupando a 10^a posição no ranking estadual; em 2004, a 63, ocupando a 11^a, e em 2006, a 66, ocupando a 9^a posição.
- IPRS – Longevidade, que é avaliada através da taxa de mortalidade infantil, mortalidade perinatal, mortalidade de pessoas de 15 a 39 anos e a taxa de mortalidade das pessoas com 60 anos e mais. Em 2002, essa dimensão apresentou um valor de 73 ocupando a 173^a posição no ranking estadual, em 2004, um valor de 76, ocupando a 101^a, e em 2006, 78, ocupando a 88^a posição.
- IPRS – Escolaridade, avaliada através da proporção de pessoas de 15 a 17 anos que concluíram o ensino fundamental; o percentual de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos 4 anos de estudo; a proporção de pessoas com 18 a 19 anos com ensino médio completo e a taxa de atendimento na pré-escola entre as crianças de 5 a 6 anos de idade. Em 2002, apresentou o valor de 59, ocupando a 150^a posição no ranking estadual, em 2004, o valor de 57, ocupando a 298^a posição, e em 2006, o valor de 68, ocupando a 247^a posição.

Quanto às características dos vínculos empregatícios remunerados da população do Município, ocupados por trabalhadores com carteira de trabalho assinada, estatutários, avulsos, temporários e outros, desde que formalmente contratados, estimados para 2007 segundo o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), encontramos os valores apresentados na Figura 2 (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2008).

Figura 2: Participação dos vínculos empregatícios em relação ao total de vínculos para o Município de Vinhedo, 2007.

Emprego	Valor (%)		
	Vinhedo	RMC	Estado de São Paulo
Participação dos vínculos empregatícios na agropecuária em relação ao total de vínculos	1,00	2,31	3,33
Participação dos vínculos empregatícios na indústria em relação ao total de vínculos	53,33	33,14	23,94
Participação dos vínculos empregatícios na construção civil em relação ao total de vínculos	1,19	2,95	3,93
Participação dos vínculos empregatícios no comércio em relação ao total de vínculos	14,94	20,37	18,78
Participação dos vínculos empregatícios nos serviços em relação ao total de vínculos	29,54	41,23	50,02
Total	100,00	100,00	100,00

Fonte: Perfil dos Municípios. In: FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS-SEADE.

Em 2007, 53,33% da população com vínculo empregatício se localizou no setor industrial, enquanto que na RMC essa população equivalia a 33,14%, e no Estado de São Paulo a 23,94%. O segundo setor que mais empregou foi o de serviços, equivalendo a 29,54% da população com vínculo empregatício, sendo que para a RMC este valor foi de 41,23% e para o Estado de 50,02%. O setor que menos empregou foi o agropecuário, 1,00% para o Município, 2,31% na RMC e 3,33% em todo o Estado.

Considerando o rendimento médio nos vínculos empregatícios (Figura 3), cerca de 82% da população com vínculo empregatício de Vinhedo recebeu valores mensais superiores a R\$ 1.100,00, correspondendo à população dos empregados no setor industrial e de serviços. Porém, o valor de rendimento médio na indústria, R\$ 1.877,05, foi superior em cerca de 5% ao observado no Estado, que foi R\$ 1.800,36, e inferior em cerca de 5% ao apresentado na RMC, R\$1.971,21. No setor de serviços, o segundo que mais empregou no Município, o valor do rendimento médio foi R\$ 1.167,45, valor inferior e correspondendo a cerca de 2/3 dos observados na RMC, que foi R\$ 1.667,26, e no Estado de São Paulo, que foi R\$ 1.630,26.

Figura 3: Rendimento médio nos vínculos empregatícios em reais correntes para o Município de Vinhedo em 2007.

Rendimento	Valor (R\$)		
	Vinhedo	RMC	Estado de São Paulo
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios na Agropecuária (Em reais correntes)	885,34	794,12	780,39
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios na Indústria (Em reais correntes)	1.877,05	1.971,21	1.800,36
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios na Construção Civil (Em reais correntes)	994,27	1.159,06	1.131,51
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios no Comércio (Em reais correntes)	1.088,70	1.009,45	1.096,69
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios nos Serviços (Em reais correntes)	1.167,45	1.667,26	1.630,26
Rendimento Médio no Total de Vínculos Empregatícios (Em reais correntes)	1.549,22	1.598,83	1.522,88

Fonte: Perfil dos Municípios. In: FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS-SEADE.

Da população com vínculo empregatício em 2007, cerca de 2,2% que correspondeu aos setores agropecuários e da construção civil receberam rendimento médio inferior a R\$ 995,00. O rendimento médio do setor agropecuário foi cerca de 11% superior aos valores médios praticados na RMC e no Estado de São Paulo. Já os valores do rendimento médio praticados pelo setor da construção civil no Município foram inferiores cerca 13% aos observados na RMC e no Estado de São Paulo.

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que corresponde ao Total de bens e serviços produzidos pelas unidades produtoras, dividido pelo número de habitantes, em 2006, foi estimado em R\$ 45.716,95, enquanto que a RMC apresentou PIB per capita de R\$ 22.618,34 e o Estado de São Paulo de R\$ 19.547,86, caracterizando uma população de alto poder aquisitivo (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2008).

Aspecto Saúde

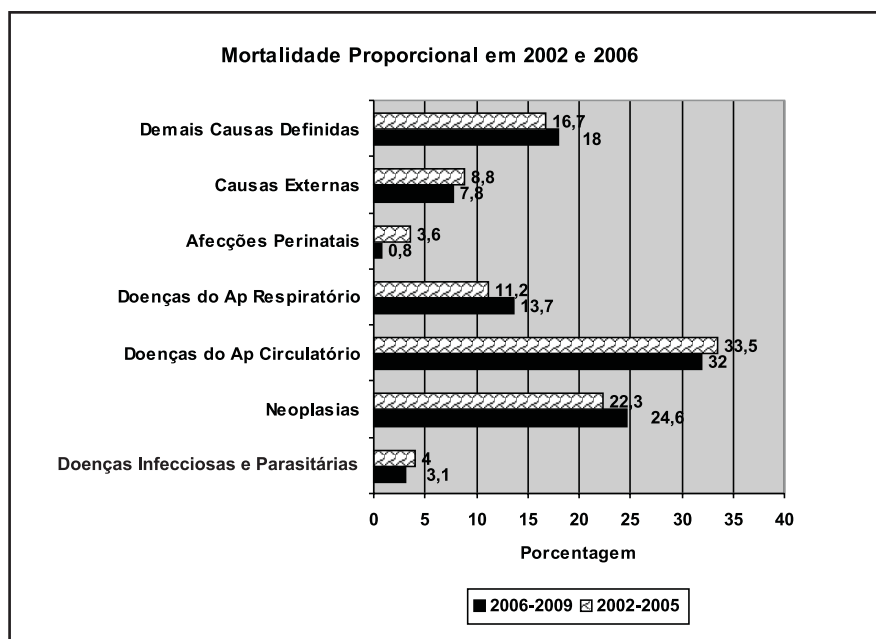
Segundo a Fundação SEADE e o DATASUS, a Taxa de Natalidade por mil habitantes no período 2005-2007 variou de 14,0 (DATASUS, 2005) a 14,36 (SEADE, 2007) nascimentos. No período 1997-1999 essa taxa foi de cerca 19,1, indicando uma redução de aproximadamente 25% nos nascimentos por mil habitantes, ocorrida nos últimos 10 anos.

A Taxa de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos em 2007 foi igual a 14,49, superior à apresentada na RMC, que foi 11,07, e no Estado, que foi de 13,07, segundo a Fundação SEADE. Segundo o DATASUS, a Taxa de Mortalidade Infantil em 2005 foi de 6,4, e em 2006 foi de 3,6, não apresentando os dados para 2007 até esta data.

Quanto aos Recursos Humanos, segundo categorias relacionadas com a saúde, o Município contava em dezembro de 2007 com 7,5 médicos/1000hab, sendo 4,0 médicos SUS/1000hab, valor este superior ao preconizado como ideal pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é 1 médico/1000hab; 2,4 cirurgiões dentistas/1000hab e 0,6 cirurgiões dentistas SUS/1000hab, número semelhante ao preconizado pela OMS, que é 1/1500hab; 0,5 enfermeiros /1000hab, todos vinculados ao SUS, número inferior ao preconizado pela OMS como ideal, que é 2 enfermeiros/1000hab; 0,4 fisioterapeutas/1000hab, e 0,2 fisioterapeutas SUS/1000hab, para a OMS o ideal seria 1/1500 hab 0,4 psicólogos/1000hab e 0,2 psicólogos SUS/1000hab; 0,2 nutricionistas SUS/1000hab; 1,6 auxiliares de enfermagem SUS/1000hab e 1,1 técnicos de enfermagem SUS/1000hab. Contava também com 2 mamógrafos em uso, sendo 1 disponível ao SUS, 84 aparelhos de RX, sendo desses 4 disponíveis ao SUS, 14 de Ultrassom, sendo desses 3 disponíveis ao SUS e 119 Equipes odontológicas completos, sendo que desses 7 disponíveis ao SUS.

Os dados de Mortalidade Proporcional para todas as idades e ambos os sexos referentes aos principais Grupos de Causas - CID 10, observados no Município de Vinhedo em 2002 e divulgado pelo DATASUS em 2005 e em 2006, divulgado em 2009, indicam um predomínio da mortalidade por doenças crônicas, conforme Figura 4 (SECRETARIA EXECUTIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: DATASUS, 2008 e 2009).

Figura 4: Gráfico de Mortalidade Proporcional para todas as idades e ambos os sexos referentes aos principais Grupos de Causas - CID 10, Vinhedo (SP), 2002-2005 e 2006-2009.



Fonte: SECRETARIA EXECUTIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: DATASUS, 2009; BOCCALETTO e VILARTA, 2007.

Quanto às despesas totais com saúde por habitante, conforme o DATASUS (2009), essas foram de R\$ 314,63 em 2005, de R\$ 350,40 em 2006 e de R\$ 427,75 em 2007, sendo que cerca de 83% das despesas nos três anos foram pagas através de recursos próprios do Município e 17% através da transferência realizada pelo SUS (SECRETARIA EXECUTIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: DATASUS, 2009).

A Rede Municipal de Saúde contava em 2008 com a seguinte estrutura:

- Hospital Santa Casa da Misericórdia e Pronto Socorro.
- 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Obs.: Uma unidade a mais que em 2005. 1 UBS para aproximadamente 10.000 hab.
- 1 Laboratório de Análises Clínicas.
- 1 Policlínica para atendimento básico, de especialidades médicas e pronto atendimento.

- 1 Centro Integrado de Saúde (CIS), com ambulatório de especialidades e ambulatório de fisioterapia.
- 1 Centro de Apoio Psico Social (Caps).
- 1 Centro de Estudos e Reabilitação (CER).
- 1 Farmácia Municipal.
- Vigilância em saúde sanitária, epidemiológica e zoonoses da Secretaria da Saúde.

O Município não contava com equipes do Programa de Saúde da Família em 2005 e 2008.

Saneamento Básico

A Rede Geral de Abastecimento de Água atendeu 94,85% dos domicílios particulares permanentes, sendo que a Região Metropolitana de Campinas atendeu 97,23% e o Estado 97,38% em 2000. A Rede Geral de Esgoto ou pluvial atendeu 75,83% em 2000, conforme dados da SEADE. Em 2003, 85% da Rede Geral de Esgoto teve seu produto tratado. Ainda conforme a Fundação SEADE, 98,27% dos domicílios particulares permanentes se beneficiaram de serviço de coleta de lixo (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS 2008).

Aspecto Educação

O Sistema Municipal de Educação é constituído por quatorze Escolas Municipais de Ensino Infantil, nove escolas de Educação Municipal de Ensino Fundamental de 1^{as} as 4^{as} séries, cinco Escolas Municipais de Ensino Fundamental de 5^{as} as 8^{as} séries e um Centro de Educação Profissional (CEPROVI).

Segundo dados do IBGE, em 2007 foram realizadas 8.288 matrículas no ensino fundamental, sendo 384 em escola pública estadual, 6.053 em escola pública municipal e 1.851 em escola privada. A Secretaria Municipal de Educação é responsável pelas Escolas Públicas de Ensino Infantil e Ensino Fundamental, e a Secretaria Estadual de Educação é responsável pelas Escolas Públicas de Ensino Médio.

Referências Bibliográficas

- BOCCALETTO, E.M.A. Características socioeconômicas do município de Vinhedo/SP. In: BOCCALETTO, E.M.A. e VILARTA, R. (Orgs.). **Diagnóstico da alimentação saudável e atividade física em escolas municipais de Vinhedo/SP**. Campinas: IPES Editorial, 2007. p. 17-24.
- CANO, W. e BRANDÃO, C.A. (Coordenadores). **A Região Metropolitana de Campinas: urbanização, economia, finanças e meio ambiente**. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.
- FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **Perfil Municipal: Vinhedo**. 2008. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>>. Acesso em: 25 novembro 2008
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades: Vinhedo**. 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 25 novembro 2008.
- SECRETARIA EXECUTIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: DATASUS. **Cadernos de Informações de Saúde: Informações Gerais do Município de Vinhedo**. 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/SP/SP_Vinhedo_Geral.xls> Acesso em: 05 novembro 2008.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO. **Conhecendo Vinhedo: História**. 2009. Disponível em: <http://www.vinhedo.sp.gov.br/>. Acesso em: 22 fevereiro 2009.

16

Estado nutricional das crianças de 7 a 10 anos de idade do Município de Vinhedo (SP) em 2005 e 2008, segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde (2007)

Estela Marina Alves Boccaletto
Doutoranda da Faculdade de Educação Física FEF – UNICAMP

Roberto Vilarta
Professor Titular da Faculdade de Educação Física FEF – UNICAMP

Roberto Teixeira Mendes
Professor Doutor do Departamento de Pediatria da FCM – UNICAMP

Os escolares das Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) de 1ª a 4ª séries de Vinhedo (SP) tiveram seu estado nutricional avaliado em dois períodos: em 2005, quando da realização do “Programa Escola Promotora da Qualidade de Vida e Saúde”, realizado através de parceria estabelecida entre o Município e a Faculdade de Educação Física (FEF) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e em 2008, quando da realização do “Programa Promoção da Saúde no Ambiente Escolar: Alimentação Saudável e Vida Ativa”, realizado em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP.

O estado nutricional foi avaliado a partir de medidas antropométricas de peso e estatura dos escolares selecionados, efetuadas nas EMEF durante o período escolar. As medidas de peso e estatura dos escolares foram associadas para compor o índice de massa corporal (IMC) através da seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \text{peso} / \text{estatura}^2$$

Através do IMC e da estatura por idade e sexo, o estado nutricional foi classificado, utilizando-se os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2007, e adotados pela Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde (BRASIL: MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2008; WHO, 2007).

O IMC por idade e sexo é uma ferramenta importante para a avaliação do estado nutricional geral, utilizado principalmente em estudos epidemiológicos, isto é, em pesquisas realizadas em grupos de indivíduos, como esta realizada em Vinhedo (SP).

O indicador estatura/idade costuma ser utilizado para determinar o estado de crescimento físico e o estado nutricional pregresso ou de longo prazo da criança. Isto é, a ocorrência, no passado, de situações de carência alimentar que podem ter comprometido o crescimento físico da criança e sua estatura no presente.

Para um diagnóstico completo do estado nutricional é necessário a identificação das deficiências nutricionais gerais (relacionadas com os macronutrientes tais como as proteínas, carboidratos e gorduras), bem como das deficiências nutricionais específicas (relacionadas com os micronutrientes, tais como o cálcio, ferro, iodo, vitaminas entre outros elementos) (BOCCALETTO, 2005; SIGULEM, 2000).

A seguir, são apresentadas as informações obtidas em cada período de avaliação realizada no Município.

Estado Nutricional em 2005

Em 2005, o Município contava com oito Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) de 1ª a 4ª séries. Durante o mês de agosto/2005, foi realizado o estudo com o objetivo de descrever o estado nutricional dos escolares na faixa etária dos 7 a 10 anos de idade. Esse estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) através do Parecer de nº 339/2005 (BOCCALETTO, 2005).

A partir de uma população que correspondia, na época, a 1206 meninos e 1218 meninas, foi calculada uma amostragem de escolares para a realização das medidas antropométricas. A amostragem realizada foi do tipo aleatória, simples e estratificada por faixas etárias. Foram avaliados um total de 375 meninos e 369 meninas, cujos pais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A Tabela 1 apresenta os resultados obtidos na avaliação realizada com os meninos. A letra “n” significa o número de crianças que estavam naquela faixa de classificação. “Prevalência” significa o número ou porcentagem de crianças que se encontrava naquela faixa de classificação no período da avaliação.

Entre os meninos, foi encontrada uma prevalência de “baixo IMC para a idade” inferior a 5% em todas as faixas etárias. Na faixa etária dos 7 anos de idade, foram observadas as melhores condições quanto ao estado nutricional, com maior prevalência de “IMC adequado para a idade”, 80,43%.

A prevalência de “obesidade” entre os meninos foi cerca de 12% nas faixas etárias de 7 e 8 anos, e cerca de 16% aos 9 e 10 anos de idade. Do total de meninos avaliados, 14,13% estavam obesos e 11,47% com sobrepeso.

Tabela 1: Prevalência do estado nutricional de meninos de ± 7 a ± 10 anos de idade, de acordo com o critério de classificação através do índice de massa corporal (IMC) por idade, estabelecido pela OMS (2007), das EMEF de Vinhedo (SP) em agosto de 2005.

Faixa etária		Baixo IMC para a idade		IMC adequado para a idade		Sobrepeso		Obesidade	
Idade	N	%	n	%	n	%	n	%	n
± 7	92	2,17	2	80,43	74	5,44	5	11,96	11
± 8	97	1,03	1	73,20	71	13,40	13	12,37	12
± 9	96	3,13	3	67,71	65	12,50	12	16,66	16
± 10	90	4,44	4	65,56	59	14,44	13	15,56	14
Total	375	2,67	10	71,73	269	11,47	43	14,13	53

A Tabela 2 apresenta os resultados obtidos entre as meninas avaliadas. Entre elas, foi observada uma prevalência de “baixo IMC para a idade” inferior a 5,5% em todas as faixas etárias.

Tabela 2: Prevalência do estado nutricional de meninas de ± 7 a ± 10 anos de idade, de acordo com o critério de classificação através do índice de massa corporal (IMC) por idade, estabelecido pela OMS (2007), das EMEF de Vinhedo (SP) em agosto de 2005.

Faixa etária		Baixo IMC para a idade		IMC adequado para a idade		Sobrepeso		Obesidade	
Idade	N	%	n	%	n	%	n	%	n
± 7	82	1,22	1	84,14	69	9,76	8	4,88	4
± 8	100	3,00	3	71,00	71	16,00	16	10,00	10
± 9	92	3,26	3	68,48	63	21,74	20	6,52	6
± 10	95	5,26	5	65,26	62	20,00	19	9,48	9
Total	369	3,25	12	71,82	265	17,07	63	7,86	29

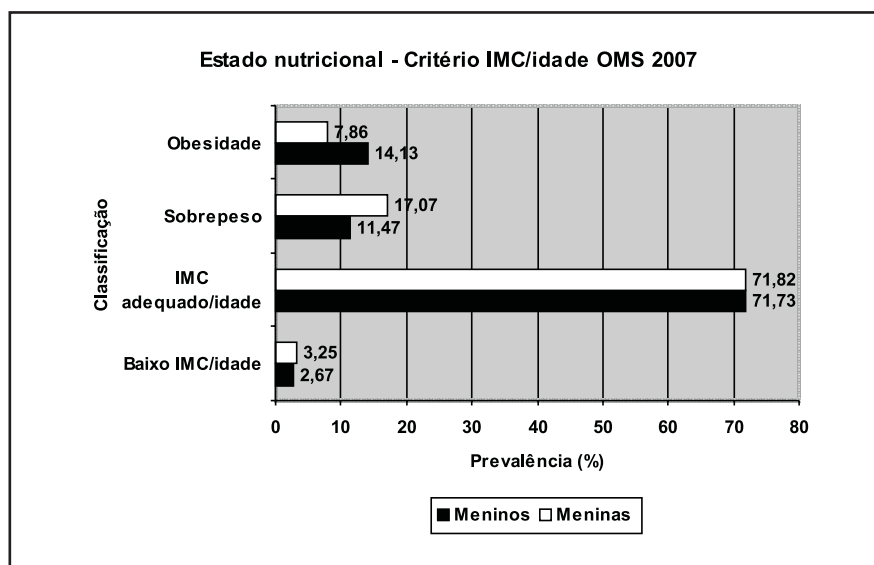
Na faixa etária dos 7 anos de idade foram observadas as melhores condições quanto ao estado nutricional, com prevalência de “IMC adequado para a idade”, 84,14% .

A prevalência de “obesidade” entre as meninas foi inferior a 11% em todas as faixas etárias. Do total de meninas avaliadas, 7,86% estavam obesas e 17,07% com sobrepeso.

Observa-se que cerca de 25% dos meninos e das meninas apresentaram, em 2005, IMC superior ao valor crítico adotado pela OMS e SISVAN para o “sobrepeso”, sendo que entre as meninas foi encontrada porcentagem maior de “sobrepeso” e entre os meninos, de “obesidade”.

A Figura 1 apresenta um gráfico comparativo entre as prevalências de “baixo IMC para a idade”, “IMC adequado para a idade”, “sobrepeso” e “obesidade” encontrados na amostragem total de meninos e meninas de ± 7 a ± 10 anos de idade das EMEF de Vinhedo (SP) em 2005.

Figura 1: Gráfico de prevalência de “baixo IMC para a idade”, “IMC adequado para a idade”, “sobrepeso” e “obesidade”, segundo critério de classificação OMS (2007), da amostragem total de meninos e meninas de ± 7 a ± 10 anos de idade, de Vinhedo (SP), em agosto de 2005.



Quando se utilizou o critério estatura por idade e sexo, na faixa etária de 7 anos, tanto os meninos quanto as meninas apresentaram prevalências de “baixa estatura para a idade” igual a 0%. Do total da amostragem, cerca de 1% apresentou “baixa estatura para a idade”, conforme descrito na Tabela 3.

Tabela 3: Prevalência do estado nutricional de crianças de ± 7 a ± 10 anos de idade, de ambos sexos, de acordo com o critério de estatura por idade, estabelecido pela OMS (2007), matriculadas nas EMEF de Vinhedo (SP), em agosto de 2005.

Faixa etária	Baixa estatura para a idade ($\leq P5$)					
	Meninos			Meninas		
	N	%	n	N	%	n
7	92	0	0	82	0	0
8	97	3,09	3	100	0	0
9	96	1,04	1	92	0	0
10	90	0	0	95	4,21	4
Total	375	1,07	4	369	1,08	4

A população de escolares das EMEF de Vinhedo avaliadas em 2005, apresentou uma baixa probabilidade de desnutrição pregressa considerando os critérios estatísticos utilizados para a classificação do estado nutricional. Os escolares apresentaram uma prevalência de cerca de 1% de “baixa estatura para a idade” e de cerca de 3% de “baixo IMC para a idade”.

Estado Nutricional em 2008

Durante o mês de novembro/2008, nas agora nove EMEF, tendo em vista o aumento do número de escolares em relação a 2005, foi realizado novo estudo com o objetivo de descrever o estado nutricional dos escolares na faixa etária dos 7 a 10 anos de idade. Esse estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) através do Parecer de nº 1106/2008.

A partir de uma população que correspondia a 1472 meninos e 1309 meninas, foi calculada uma amostragem de escolares para a realização de medidas de peso e estatura.

A amostragem realizada foi aleatória simples, com tamanho amostral proporcional para população finita, correspondendo a 558 meninos e 508 meninas. Da amostragem calculada, participaram do estudo, escolares cujos pais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, num total de 453 meninos e 439 meninas (FONSECA, 1994).

Entre os meninos, foram encontrados os resultados descritos na Tabela 4. A prevalência de “baixo IMC para a idade” foi inferior a 1% em todas as faixas etárias. Em 2005, na faixa etária dos 7 anos de idade, foram observadas as melhores condições quanto ao estado nutricional, cuja prevalência de “IMC adequado para a idade” foi de 80,43%; já em 2008, essa faixa etária apresentou a menor prevalência nesta faixa de classificação, 59,77%.

Tabela 4: Prevalência do estado nutricional de meninos de ± 7 a ± 10 anos de idade, de acordo com o critério de classificação através do índice de massa corporal (IMC) por idade, estabelecido pela OMS (2007), das EMEF de Vinhedo (SP) em novembro de 2008.

Faixa etária		Baixo IMC para a idade		IMC adequado para a idade		Sobrepeso		Obesidade	
Idade	N	%	n	%	n	%	n	%	n
± 7	87	0	0	59,77	52	16,09	14	24,14	21
± 8	117	0,85	1	64,96	76	19,66	23	14,53	17
± 9	115	0	0	65,22	75	14,78	17	20,00	23
± 10	134	0,75	1	66,42	89	13,43	18	19,40	26
Total	453	0,44	2	64,46	292	15,89	72	19,21	87

A prevalência de “obesidade” entre todos os meninos foi 19,21%, sendo que na faixa etária de 7 anos a mesma chegou a 24,14%. Do total de meninos avaliados, 15,89% estavam com “sobrepeso”.

Entre as meninas avaliadas, foi observada uma prevalência de “baixo IMC para a idade” inferior a 2,5% em todas as faixas etárias, conforme se observa na Tabela 5.

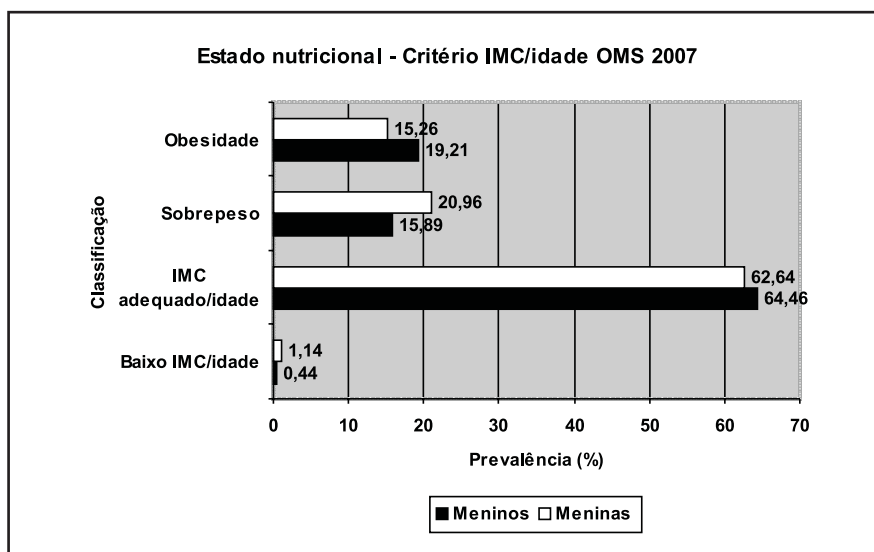
A prevalência de “obesidade” entre as meninas na faixa etária dos 7 anos de idade foi 4,88% em 2005 e 15,49% em 2008. Em 2005, 84,14% das meninas de 7 anos de idade se encontravam com “IMC adequado para a idade”, já em 2008, essa prevalência caiu para 61,97%. Do total de meninas avaliadas, 15,26% estavam obesas e 20,96% com sobrepeso.

Tabela 5: Prevalência do estado nutricional de meninas de ± 7 a ± 10 anos de idade, de acordo com o critério de classificação através do índice de massa corporal (IMC) por idade, estabelecido pela OMS (2007), das EMEF de Vinhedo (SP) em novembro de 2008.

Faixa etária		Baixo IMC para a idade		IMC adequado para a idade		Sobrepeso		Obesidade	
Idade	n	%	n	%	n	%	n	%	n
± 7	71	1,41	1	61,97	44	21,13	15	15,49	11
± 8	113	0	0	65,49	74	20,35	23	14,16	16
± 9	124	2,42	3	59,68	74	20,97	26	16,93	21
± 10	131	0,76	1	63,36	83	21,38	28	14,50	19
Total	439	1,14	5	62,64	275	20,96	92	15,26	67

A Figura 2 apresenta um gráfico comparativo entre as prevalências de “baixo IMC para a idade”, “IMC adequado para a idade”, “sobrepeso” e “obesidade” de meninos e meninas de ± 7 a ± 10 anos de idade das EMEF de Vinhedo (SP) em 2008.

Figura 2: Gráfico de prevalência de “baixo IMC para a idade”, “IMC adequado para a idade”, “sobrepeso” e “obesidade”, segundo critério de classificação OMS (2007), da amostragem total de meninos e meninas de ± 7 a ± 10 anos de idade, de Vinhedo (SP), em novembro de 2008.



Em 2008, cerca de 35% dos meninos e das meninas apresentaram IMC superior ao valor crítico adotado para o “sobrepeso”, sendo que entre as meninas foi encontrada porcentagem maior de sobrepeso e entre os meninos, de obesidade. Esse padrão é similar ao observado em 2005, porém, a proporção de crianças com sobrepeso e obesidade passou de 25% para 35% da população nos três últimos anos.

Utilizando-se o critério estatura por idade e sexo entre os meninos, não foram encontrados casos de “baixa estatura para a idade” e as meninas apresentaram apenas 2 casos de “baixa estatura para a idade” em 439 indivíduos avaliados, conforme observa-se na Tabela 6.

Tabela 6: Prevalência do estado nutricional de crianças de ± 7 a ± 10 anos de idade, de ambos sexos, de acordo com o critério de estatura por idade, estabelecido pela OMS (2007), matriculadas nas EMEF de Vinhedo (SP), em novembro de 2008.

Faixa etária	Baixa estatura para a idade					
	($\leq P5$)					
	Meninos			Meninas		
	N	%	n	N	%	n
7	87	0	0	71	0	0
8	117	0	0	113	0	0
9	115	0	0	124	0,81	1
10	134	0	0	131	0,76	1
Total	453	0	0	439	0,46	2

Em vista aos dados acima apresentados, a população de escolares das EMEF de Vinhedo avaliadas em 2008 não apresentou casos de desnutrição considerando os critérios estatísticos utilizados para a classificação do estado nutricional, tendo em vista que os escolares apresentaram uma prevalência inferior a 1% de “baixa estatura para a idade” e “baixo IMC para a idade”.

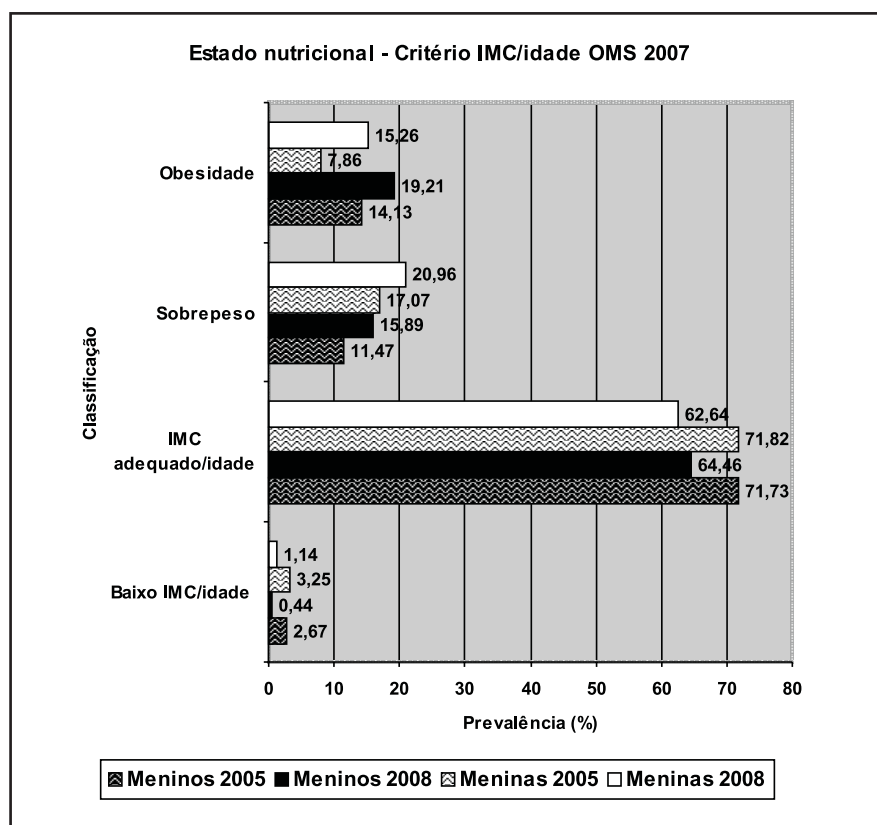
Comparação entre o Estado Nutricional observada em 2005 com 2008

Entre a avaliação realizada em 2005 e 2008, houve um aumento do número de escolares que frequentam as EMEF de 1ª a 4ª séries no Município. Considerando a população de crianças com 7 a 10 anos de idade em 2005 (2.424 crianças) e em 2008 (2781 crianças), tal acréscimo foi cerca de 14,7% em três anos. Esse aumento é consequente ao

crescimento vegetativo da população e ao fluxo migratório, superando as estimativas de crescimento demográfico anual previsto pela Fundação SEADE de 2,91% ao ano para o período 2000-2008 (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2008).

A Figura 3 apresenta os resultados encontrados para os meninos (colunas em fundo preto) e meninas (colunas em fundo branco) em 2005 (colunas onduladas) e 2008 (colunas cheias) para o estado nutricional.

Figura 3: Gráfico comparativo das prevalências de “baixo IMC para a idade”, “IMC adequado para a idade”, “sobrepeso” e “obesidade”, segundo critério de classificação OMS (2007), do total de meninos e meninas de ± 7 a ± 10 anos de idade, de Vinhedo (SP), em 2005 e 2008.



O número de crianças que apresentava “baixo IMC para a idade” em 2005 é pequeno e em 2008 ainda menor, bem como a prevalência de “baixa estatura para a idade”, como se observou em texto acima descrito.

Esses dados indicam que a desnutrição infantil, enquanto problema de saúde coletiva entre as crianças de 7 a 10 anos de idade no Município, não representa aspecto a ser priorizado.

A preocupação maior se volta para o enfrentamento da obesidade, tendo em vista a crescente prevalência de casos de sobrepeso e obesidade entre crianças e adultos no Brasil.

Em Vinhedo, observou-se, tanto para os meninos quanto para as meninas, um aumento da prevalência do sobrepeso (situação de risco para a obesidade) e da obesidade nos últimos três anos, para a população da faixa etária estudada. Entre as meninas, a prevalência de obesidade dobrou, chegando a 15,26%, e entre os meninos chegou a 19,21%. Já o sobrepeso chegou a 20,96% entre as meninas e 15,89% entre os meninos.

Outro aspecto importante encontrado foi que, em 2005, as crianças com 7 anos de idade apresentaram uma prevalência expressiva de “IMC adequado para a idade”, o que não ocorreu em 2008. Em 2008, as crianças já aos 7 anos de idade apresentaram altas prevalências de “sobrepeso” e “obesidade”. O avanço do sobrepeso e da obesidade na população entre 7 e 8 anos de idade percentualmente maior que nas faixas etárias dos 9 e 10 anos acompanha um fenômeno mundial, identificado nas populações que experimentam melhora no acesso à alimentação.

Essa situação observada no período 2005-2008 aponta para a necessidade de se adotar novas medidas com o objetivo de prevenir novos casos e de deter o avanço da obesidade infanto-juvenil. Medidas estas que deverão ser adotadas já a partir do ensino infantil, tendo em vista a situação apresentada pelas crianças de 7 anos de idade em 2008.

A escola tem responsabilidades e um papel importante na prevenção da obesidade infanto-juvenil, tanto nos aspectos relacionados com a educação quanto nas políticas e práticas desenvolvidas no seu dia-a-dia, já que todas as ações voltadas para a saúde ultrapassam seus muros, se refletindo na melhora das condições que levam à saúde de toda a comunidade. Nesse aspecto, acentua-se a importância da função pedagógica da escola na aquisição de hábitos alimentares saudáveis e de um padrão de atividade física capazes de impactar a qualidade de vida das crianças e futuros adultos.

Referências Bibliográficas

- BOCCALETTO, E.M.A. **Estado nutricional e composição corporal de crianças do ensino fundamental do Município de Vinhedo – SP**, 2005. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**. 2008. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/sisvan_norma_tecnica_preliminar_crianças.pdf>. Acesso em: 7 dezembro 2008.
- FONSECA, J.S. e MARTINS, G.A. **Curso de Estatística**. São Paulo: Atlas, 5 ed., p. 177-179. 1994.
- FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **Perfil Municipal: Vinhedo**. 2008. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>>. Acesso em: 25 novembro 2008.
- SIGULEM, D.M.*et al.* Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. **Jornal de Pediatria** 2000; 76(3): S275-S284.
- WHO: PROGRAMMES AND PROJECTS. The WHO **Reference 2007: growth reference data for 5 – 19 years**. Disponível em: <<http://www.who.int/growthref/en/>>. Acesso em 5 dez 2008.

Estado nutricional das crianças de 7 a 10 anos de idade do Município de Vinhedo (SP) em 2005 e 2008: Resultados por região

Estela Marina Alves Boccaletto
Doutoranda da Faculdade de Educação Física FEF – UNICAMP

Roberto Vilarta
Professor Titular da Faculdade de Educação Física FEF – UNICAMP

Roberto Teixeira Mendes
Professor Doutor do Departamento de Pediatria da FCM – UNICAMP

As Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) do Município de Vinhedo (SP) de 1ª a 4ª séries estão localizadas de forma a atender toda a população nas diversas regiões da cidade.

Cada região possui características próprias quanto aos aspectos socioeconômicos e culturais. Assim, para uma visualização em nível regional do estado nutricional no Município serão apresentados, neste capítulo, os resultados por região de localização das escolas. Essa forma de apresentação dos resultados possui a finalidade de subsidiar os agentes responsáveis pela elaboração de políticas públicas relacionadas com a promoção da saúde nos aspectos da alimentação saudável e vida ativa.

Para classificar as regiões aqui apresentadas quanto às características socioeconômicas será utilizado o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). O IPVS possibilita a identificação das regiões do município a partir dos graus de vulnerabilidade à pobreza da população residente, permitindo assim a definição de áreas prioritárias para o direcionamento de políticas públicas, em especial as de combate à pobreza. As informações utilizadas no estudo que criou o IPVS são provenientes do Censo Demográfico 2000 (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS: SEADE, 2000).

Através dos indicadores sociais e econômicos propostos, o IPVS classifica as Regiões do Município enquadrando sua população nos seguintes grupos:

- Grupo 1: Nenhuma vulnerabilidade social,
- Grupo 2: Muito baixa vulnerabilidade social,
- Grupo 3: Baixa vulnerabilidade social,
- Grupo 4: Média vulnerabilidade social,
- Grupo 5: Alta vulnerabilidade social e
- Grupo 6: Muito alta vulnerabilidade social.

Conforme Mapa do Município de Vinhedo (SP), localizando as Regiões, e sua classificação de acordo com os Grupos de Vulnerabilidade Social do IPVS, a Região Norte, onde se localiza a EMEF Dr. Abrahão Aun, apresentou condições socioeconômicas que a classificaram no Grupo 2, isto é, com Muito baixa vulnerabilidade social.

Nos estudos realizados em 2005 e 2008, observou-se, para a população de escolares na faixa etária dos 7 a 10 anos de idade dessa região, uma situação de crescimento da prevalência da obesidade, a qual passou de 12,86% em 2005 para 21,54% em 2008 conforme Tabela 1.

Tabela 1: Prevalência do estado nutricional de dos escolares, de acordo com o critério de classificação através do índice de massa corporal (IMC) por idade, estabelecido pela OMS (2007), das EMEF da Região Norte de Vinhedo (SP) em 2005 e 2008.

EMEF	Baixo IMC para a idade		IMC adequado para a idade		Sobrepeso		Obesidade	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dr. Abrahão Aun – 2005 140 escolares avaliados	4	2,86	98	70	20	14,29	18	12,86
Dr. Abarão Aun – 2008 130 escolares avaliados	1	0,77	90	69,23	11	8,46	28	21,54

A Região Leste de Vinhedo mescla áreas que se encaixam nos Grupos 2, 3 e 4 do IPVS. Em 2005, a EMEF que atendeu da 1ª à 8ª série foi a da Vila João XXIII. Já a partir de 2006, uma nova escola começou a atender os escolares de 1ª a 4ª séries, a EMEF Maria de

Lourdes Von Zuben, enquanto que a EMEF da Vila João XXIII passou a atender as demais séries do ensino fundamental.

Observa-se que os escolares dessa região, na faixa etária dos 7 a 10 anos de idade, apresentavam em 2005 uma prevalência de 76,7% de IMC adequado para a idade, e em 2008 os indivíduos dessa mesma faixa etária apresentaram uma prevalência de “IMC adequado para a idade” de 57,72%. Os casos de obesidade encontrados passaram de 11,65% em 2005 para 26,85% (Tabela 2).

Tabela 2: Prevalência do estado nutricional dos escolares, de acordo com o critério de classificação através do índice de massa corporal (IMC) por idade, estabelecido pela OMS (2007), das EMEF da Região Leste de Vinhedo (SP) em 2005 e 2008.

EMEF	Baixo IMC para a idade		IMC adequado para a idade		Sobrepeso		Obesidade	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vila João XXIII – 2005 103 escolares avaliados	3	2,91	79	76,70	9	8,74	12	11,65
Maria de Lourdes Von Zuben – 2008 149 escolares avaliados	4	2,68	86	57,72	19	12,75	40	26,85

A Região Oeste de Vinhedo apresentou, segundo o IPVS, condições socioeconômicas características do Grupo 3, isto é, de Baixa vulnerabilidade social e Grupo 4, de Média vulnerabilidade social.

Essa região contava em 2005 com as EMEF Dom Mathias e EMEF Magdalena Lébeis para atender aos escolares de 1ª a 4ª séries, já em 2008 uma nova escola, a EMEF Eduardo Von Zuben, também atendeu a essas séries.

Em 2005, foi na Região Oeste onde foram encontradas as maiores prevalências de “IMC adequado para a idade”, 79,05% na EMEF Dom Mathias e 73,17% na EMEF Magdalena Lébeis, bem como as menores prevalências de “obesidade”, conforme se observa na Tabela 3.

Em 2008 se observou uma diminuição na prevalência “IMC adequado para a idade” na EMEF Dom Mathias e um crescimento significativo da obesidade, que saltou de 5,39% em 2005 para 25,97% em 2008.

A EMEF Magdalena Lébeis também apresentou um aumento dos casos de obesidade, passando de 9,76% em 2005 para 17,35% em 2008.

Das três escolas dessa região, a EMEF Eduardo Von Zuben foi a que apresentou uma prevalência menor de obesidade, 15,05%, porém uma expressiva prevalência de sobrepeso, 18,28%.

Tabela 3: Prevalência do estado nutricional dos escolares, de acordo com o critério de classificação através do índice de massa corporal (IMC) por idade, estabelecido pela OMS (2007), das EMEF da Região Oeste de Vinhedo (SP) em 2005 e 2008.

EMEF	Baixo IMC para a idade		IMC adequado para a idade		Sobrepeso		Obesidade	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dom Mathias – 2005 167 escolares avaliados	7	4,19	132	79,05	19	11,38	9	5,39
Dom Mathias – 2008 154 escolares avaliados	3	1,95	93	60,39	18	11,69	40	25,97
Magdalena Lébeis – 2005 123 escolares avaliados	3	2,44	90	73,17	18	14,63	12	9,76
Magdalena Lébeis – 2008 98 escolares avaliados	3	3,06	72	73,47	6	6,12	17	17,35
Eduardo Von Zuben – 2008 93 escolares avaliados	0	0	62	66,67	17	18,28	14	15,05

Na Região Centro-Sul estão localizadas as EMEF Cláudio Gomes e EMEF Antonia do Canto, as mais centrais do Município; a EMEF Abel Maria Torres que se encontra ao Sul, e a EMEF Faz. São Joaquim, que se encontra no interior de um Condomínio Residencial de alto padrão, atendendo aos filhos dos trabalhadores domésticos, em sua maioria.

A característica socioeconômica da população contribuiu para que a Região Centro-Sul fosse classificada no Grupo 1, isto é, de Nenhuma vulnerabilidade social e Grupo 2, de Muito baixa vulnerabilidade social. No entanto, a EMEF Abel Maria Torres, escola de pequeno porte, localizada em região com características rurais, atendeu escolares de áreas que apresentaram em 2000 Alta vulnerabilidade social (Grupo 5).

As EMEF dessa região apresentaram em 2005 altas prevalências de “sobrepeso” e “obesidade”. Em 2008, as prevalências de “obesidade” aumentaram significativamente em todas as EMEF, sendo superiores a 22%, e as prevalências de “sobrepeso” diminuíram em três das quatro EMEF alvo da pesquisa (Tabela 4).

Tabela 4: Prevalência do estado nutricional dos escolares, de acordo com o critério de classificação através do índice de massa corporal (IMC) por idade, estabelecido pela OMS (2007), das EMEF da Região Centro-Sul de Vinhedo (SP) em 2005 e 2008.

EMEF	Baixo IMC para a idade		IMC adequado para a idade		Sobrepeso		Obesidade	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Abel M. Torres – 2005 24 escolares avaliados	0	0	17	70,84	2	8,33	5	20,83
Abel M. Torres – 2008 27 escolares avaliados	1	3,70	18	66,67	2	7,41	6	22,22
Antonia do Canto – 2005 64 escolares avaliados	4	6,25	36	56,25	15	23,44	9	14,06
Antonia do Canto – 2008 76 escolares avaliados	3	3,95	44	57,89	10	13,16	19	25
Cláudio Gomes – 2005 113 escolares avaliados	1	0,88	75	66,37	20	17,70	17	15,04
Cláudio Gomes – 2008 151 escolares avaliados	3	1,99	87	57,62	27	17,88	34	22,52
Faz. S. Joaquim – 2005 10 escolares avaliados	0	0	7	70,00	3	30,00	0	0
Faz. S. Joaquim – 2008 14 escolares avaliados	0	0	8	57,14	1	7,14	5	35,71

Para ilustrar o fenômeno ocorrido nos últimos três anos, são apresentados os Gráficos 1, Gráfico 2 e Gráfico 3, indicando as prevalências para “IMC adequado para a idade”, “Sobrepeso” e “Obesidade”, respectivamente, observadas em 2005 e 2008 por Região do Município.

Observação

- Região Norte: EMEF Dr. Abrahão Aun.
- Região Leste: EMEF Vila João XXIII (2005) e EMEF Maria de Lourdes Von Zuben (2008).
- Região Oeste: EMEF Dom Mathias, EMEF Magdalena Lébeis e EMEF Eduardo Von Zuben (2008).
- Região Centro-Sul: EMEF Antonia do Canto, EMEF Cláudio Gomes, EMEF Abel Maria Torres e EMEF Fazenda São Joaquim.

Gráfico 1: Prevalência de casos de “IMC adequado para a idade” observados nas quatro regiões de Vinhedo(SP), em 2005 e 2008.

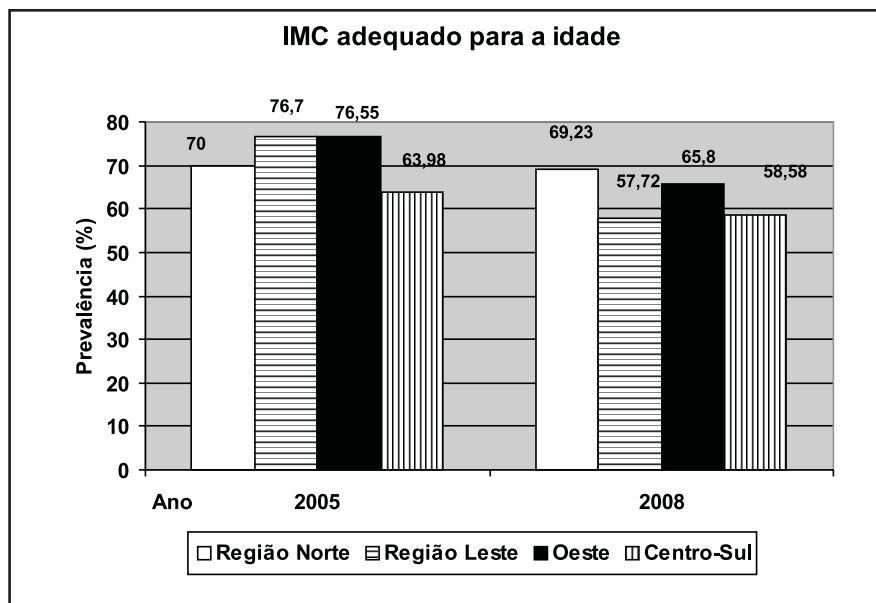


Gráfico 2: Prevalência de casos de “Sobrepeso” observados nas quatro regiões de Vinhedo(SP), em 2005 e 2008.

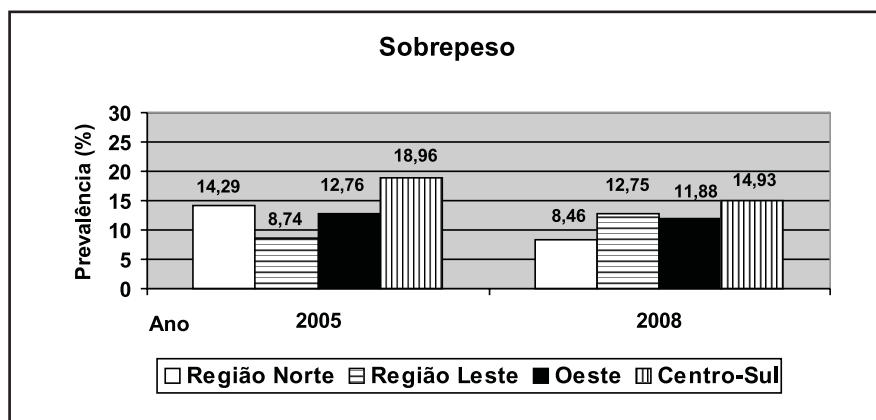
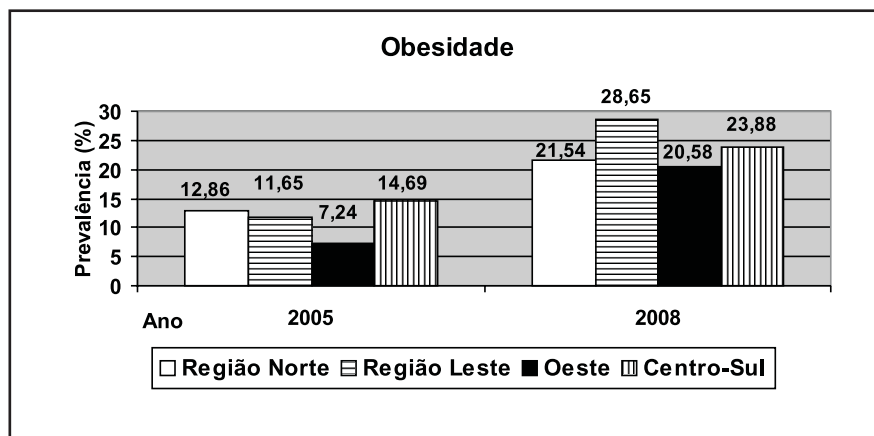


Gráfico 3: Prevalência de casos de “Obesidade” observados nas quatro regiões de Vinhedo(SP), em 2005 e 2008.



O número de crianças que apresentou “baixo IMC para a idade” diminuiu em todas as regiões e EMEF do Município, apesar das baixas prevalências observadas em 2005.

Na apresentação dos dados por Região e escolas se constata que o aumento das prevalências ou casos de obesidade nessa nova geração de 7 a 10 anos de idade cresceu substancialmente em todo o Município nos últimos três anos.

Outro aspecto importante encontrado foi que a prevalência de “IMC adequado para a idade” caiu significativamente nas Regiões Leste e Oeste do Município em 2008, sendo que as mesmas apresentaram em 2005 uma prevalência de “IMC adequado para a idade” superior a 75%.

Em 2005, no aspecto relacionado com o estado nutricional, o Município apresentava variação regional correspondente às diferenças socioeconômicas. Em 2008, observa-se maior homogeneidade, como alta prevalência de obesidade independente do padrão socioeconômico.

Esses resultados apontam para a importância de se adotar políticas públicas para a prevenção da obesidade infantil a partir de uma perspectiva mais ampla e não apenas com ações pontuais desvinculadas de um Plano de Ação em promoção da saúde da comunidade em idade escolar, envolvendo os diversos setores públicos e da sociedade civil organizada.

Referências Bibliográficas

- BOCCALETTO, E.M.A. **Estado nutricional e composição corporal de crianças do ensino fundamental do Município de Vinhedo – SP**, 2005. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**. 2008. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/sisvan_norma_tecnica_preliminar_crianças.pdf> Acesso em: 7 dezembro 2008.
- FONSECA, J.S. e MARTINS, G.A. **Curso de Estatística**. São Paulo: Atlas, 5 ed., p. 177-179. 1994.
- FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS: SEADE. **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social: Vinhedo**. 2000. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs/municipios_pdf.php?letra=V> Acesso em: 25 fevereiro 2009.
- WHO: PROGRAMMES AND PROJECTS. The WHO **Reference 2007: growth reference data for 5 – 19 years**. Disponível em: <<http://www.who.int/growthref/en/>>. Acesso em 5 dez 2008.

18

Avaliação da Promoção da Saúde para Atividade Física e Alimentação Saudável: ensino fundamental

Estela Marina Alves Boccaletto
Doutoranda da Faculdade de Educação Física FEF – UNICAMP

Roberto Teixeira Mendes
Professor Doutor do Departamento de Pediatria da FCM – UNICAMP

O “Questionário de Avaliação da Promoção da Saúde para Atividade Física e Alimentação Saudável: ensino fundamental” foi elaborado a partir da tradução e adaptação livre do *“School Health Index for Physical Activity and Healthy Eating: A Self-Assessment and Planning Guide. Elementary school”* (CDC, 2000). Esse questionário foi entregue às diretoras das EMEF para que as mesmas, com o auxílio de sua equipe, respondessem, tendo em vista as características de auto-aplicabilidade do mesmo. Esse questionário foi respondido em 2005, e seus resultados foram publicados por Boccaletto e Vilarta (organizadores) em 2007.

Os resultados do Questionário para 2008 são apresentados através de gráficos comparativos entre 2005 e 2008 e uma descrição dos tópicos avaliados em cada módulo.

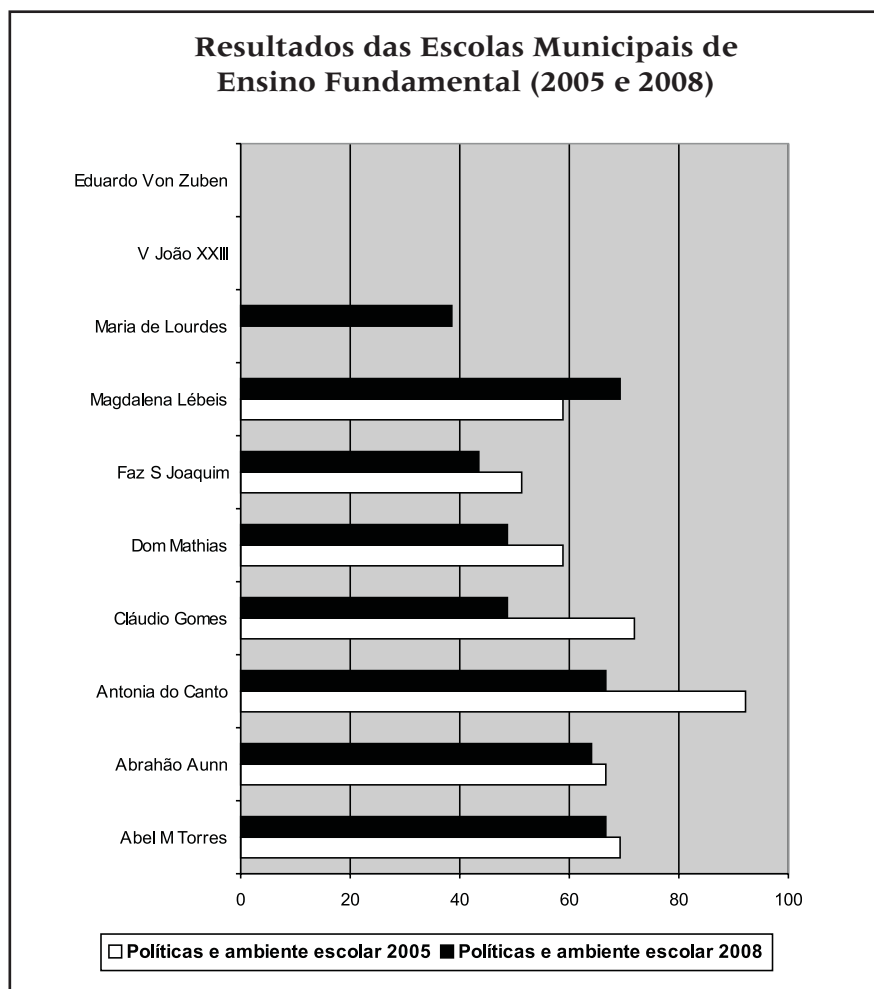
Os Módulos temáticos avaliados foram:

- Módulo I: Nível de Implantação de Políticas e Ambiente Escolar Saudáveis;
- Módulo II: Currículo de Educação para a Saúde em Atividade Física e Alimentação Saudável;
- Módulo III: Educação Física;
- Módulo IV: Serviços de Alimentação Escolar;
- Módulo V: Serviços de Saúde Escolar;
- Módulo VI: Serviço Social e Psicológico;
- Módulo VII: Promoção da Saúde dos Funcionários;
- Módulo VIII: Envolvimento da Família e da Comunidade.

Dentre os Módulos que apresentaram os maiores níveis de implantação em 2008, destacaram-se, em ordem decrescente de resultados, o:

- **Módulo III** que avaliou as políticas e ações realizadas em **Educação Física**, com 71,5% (2005) e **100% (2008)** das escolas apresentando altos níveis de implantação e 28,5% (2005) com médios níveis,
- **Módulo II** que avaliou as políticas e ações em **Educação para a Saúde**, em atividade física e alimentação saudável, que apresentou 85,7% (2005) e **87,5% (2008)** das escolas com altos níveis de implantação e 14,3% (2005) e 12,5% (2008) com médios níveis,
- **Módulo VI** que avaliou as políticas e ações realizadas em **Serviço Social e Psicológico** com 71,5% (2005) e **75% (2008)** das escolas apresentando altos níveis de implantação; 28,5% (2005) e 12,5% (2008) com médios níveis; e 12,5% (2008) com baixos níveis de implantação,
- **Módulo V** que avaliou as políticas e ações em **Serviços de Saúde Escolar** e apresentou 57,2% (2005) e **62,5% (2008)** das escolas com altos níveis de implantação; 42,8% (2005), e 25% (2008) com médios níveis e 12,5% (2008) com baixos níveis.
- **Módulo IV** que avaliou as políticas e ações em **Serviços de Alimentação Saudável** e apresentou 42,8% (2005) e **50% (2008)** das escolas com altos níveis de implantação e 57,2% (2005) e 50% (2008) com médios níveis,
- **Módulo I** que avaliou as políticas e ações em **Políticas e Ambiente Escolar saudável** apresentou 57,2% (2005) e **50% (2008)** das escolas com altos níveis de implantação; 42,8% (2005) e 37,5% (2008) com médios níveis e 12,5% (2008) com baixos níveis,
- **Módulo VIII** que avaliou as políticas e ações realizadas em **Envolvimento da Família e da Comunidade** com 71,5% (2005) e **25% (2008)** das escolas apresentando altos níveis de implantação; 0% (2005) e 50% (2008) com médios níveis e 28,5% (2005) e 0% (2008) com baixos níveis,
- **Módulo VII** que avaliou a **Promoção da Saúde dos Funcionários** apresentou 0% (2005) e **12,5% (2008)** das escolas com altos níveis de implantação, 28,6% (2005) e 12,5% (2008) com médios níveis e 71,4% (2005) e 75% (2008) com baixos níveis.

MÓDULO I: Políticas e Ambiente Escolar



Legenda:

Não respondeu – 1 EMEF (2005) e 1 EMEF (2008)

0 a 40% - Baixos níveis de implantação – 0 EMEFs (2005) e 1 EMEF (2008)

41 a 60% - Médios níveis de implantação – 3 EMEFs (2005) e 3 EMEFs (2008)

61 a 100% - Altos níveis de implantação – 4 EMEFs (2005) e 4 EMEFs (2008)

Observações:

EMEF Eduardo Von Zuben foi inaugurada em 2007 e não respondeu o questionário em 2008.

EMEF Vila João XXIII em 2005 não respondeu o questionário e 2008 não foi avaliada porque se tornou escola municipal de 5ª a 8ª séries.

EMEF Maria de Lourdes foi inaugurada em 2007.

O Questionário avaliou os seguintes tópicos no Módulo I:

1. Formação de uma equipe de saúde escolar

Esta equipe deve cooperar com os funcionários, professores e alunos visando construir escolas que promovam a saúde e a qualidade de vida da comunidade escolar. Deve ser composta por pessoas da comunidade escolar: diretores, representantes de associações de pais e mestres (APM), pais, professores, merendeiras, funcionários e alunos.

É importante que se reúnam ao menos 2 X/ano e que supervisionem os programas realizados em atividade física (AF) e alimentação saudável (AS), procurando sempre ouvir a comunidade assistida.

Dentre as atividades que a equipe deve realizar, destacam-se:

- Liderar o processo de desenvolvimento do plano de ação em promoção da saúde e qualidade de vida na escola, através de visão compartilhada com a comunidade e os dirigentes.
- Definir, de forma clara, as metas, os objetivos e as responsabilidades pela implantação das atividades e ações.
- Supervisionar a realização das tarefas, registrar e descrever as ações e resultados obtidos.
- Incentivar e encorajar os pais e a comunidade a participarem do processo de identificação das necessidades, realização das ações e avaliação dos resultados.
- Delinear os papéis de cada membro da equipe bem como a frequência e o conteúdo das reuniões de equipe/ano.
- Promover ações conjuntas com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) responsáveis pela região e demais Secretarias Municipais com papel importante na construção de políticas públicas saudáveis.
- Liderar e coordenar programas de informação e capacitação de membros da comunidade escolar

2. Diretrizes Políticas em Educação Física (EF)

- EF para todos os estudantes, em todos os ciclos, ao menos 3X/semana.
- Professores de EF diplomados.

- Programas de EF e AF extracurriculares que vão de encontro às necessidades e interesses de todos os estudantes.
- Ampla gama de AF competitivas e não competitivas, desenvolvendo habilidades necessárias para a participação nas AF ao longo da vida.

3. Recreios e Intervalos

Todos os estudantes devem usufruir ao menos de um intervalo ou recreio de no mínimo 20 minutos/ dia. Devem ser encorajados a serem ativos em condições de segurança e acompanhados pelos professores, inspetores ou monitores.

4. Incentivo para a realização da EF e de Programas de AF extracurriculares

As AF devem ser incentivadas através dos seguintes recursos:

- Disponibilidade para a realização da EF ou de programas de AF extracurriculares na escola.
- Quadras cobertas e seguras e equipamentos adequados.
- Classes de EF onde todos os estudantes são ativos fisicamente, sem superlotação ou riscos para a sua segurança.
- AF extracurriculares nas quais todos os estudantes interessados podem inscrever-se e participar sem superlotação ou riscos para a sua segurança.

5. Incentivo para a utilização do ambiente escolar fora dos horários de aula

Os estudantes devem ter oportunidades de realizarem AF extracurriculares, acompanhados por monitores capacitados, nas dependências da escola (quadras, pátios e playgrounds), fora dos horários de aula, criando condições para tirar as crianças e jovens da rua ou ambientes não saudáveis.

6. Proibição do uso da AF como método punitivo

A escola não deve permitir o uso da AF e o impedimento às aulas de EF como método punitivo. Essas atitudes diminuem o tempo gasto com AF, aumentando a aversão à sua prática e o sedentarismo.

7. Diretrizes políticas em alimentação saudável

A oferta de alimentos na escola deve seguir as diretrizes do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Dentre elas:

- Promover refeições escolares saudáveis, de acordo com PNAE.
- Oferecer alimentação escolar: desjejum e merenda gratuitamente.
- Oferecer alimentos pobres em gordura, sódio e açúcar, na cantina, na merenda escolar, nas salas de aula, nos eventos e festas, nas máquinas ou bares, nos encontros da APM ou qualquer evento que seja realizado nas dependências da escola.
- Satisfazer as necessidades nutricionais dos estudantes com necessidades especiais tais como diabetes, alergias alimentares ou distúrbios físicos, bem como condições relacionadas com as crenças religiosas.
- Disponibilizar tempo adequado para aulas de educação nutricional.

8. Proibição do acesso aos alimentos com baixo valor nutricional

A escola deve proibir a venda e a distribuição de:

- Alimentos de valor nutricional mínimo, isto é, aqueles que possuam menos do que 5% da margem diária recomendada por porção para proteínas, vitaminas A, C, Niacina, Riboflavina, Tiamina, Cálcio e Ferro tais como: refrigerantes, gomas de mascar, balas, pirulitos, drops, etc.
- Alimentos de baixo valor nutricional, ricos em calorias na forma de gorduras ou açúcares e contendo poucas vitaminas ou sais minerais tais como: chips, frituras, sucos artificiais, bolachas recheadas, etc.

9. Esforços para levantar fundos apoiando a alimentação saudável

As ações que visam levantar fundos para a escola ou APM devem apoiar a alimentação saudável. Quando a venda de alimentos for necessária, os mesmos devem ser pobres em gordura, sódio e açúcares, tais como as frutas, vegetais, alimentos integrais e assados.

10. Tempo para realizar as refeições escolares

Os estudantes devem ter ao menos 10 minutos para o desjejum e ao menos 20 minutos para o almoço ou a merenda escolar.

11. Mãos lavadas antes e após as refeições e lanches

Os professores devem garantir um tempo para que os estudantes lavem suas mãos antes e após as refeições e lanches, estimulando hábitos de higiene.

12. Proibição do uso dos alimentos como recompensa ou punição

A escola deve proibir o uso dos alimentos de baixo valor nutritivo como recompensa por bom comportamento e sucesso na realização das tarefas. Também não deve permitir que as crianças tenham o acesso aos alimentos negado como uma punição, devido ao mau comportamento ou insucesso.

13. Os funcionários conhecem as políticas e diretrizes seguidas pela escola

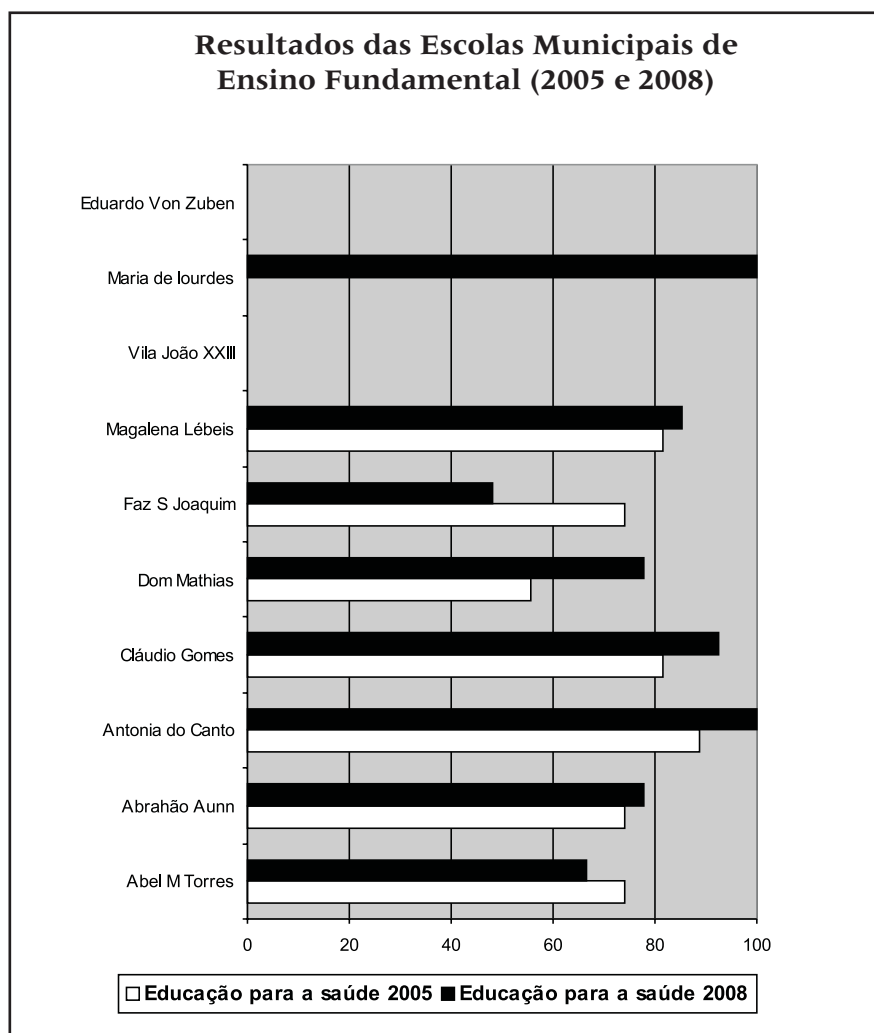
Todos os funcionários devem ser orientados e receber material informativo para conhecerem e desenvolverem as políticas e as diretrizes para atividade física e alimentação saudável como responsabilidade de seu trabalho.

Observações:

Das 9 EMEF avaliadas em 2008, a EMEF Eduardo Von Zuben não entregou o questionário. A EMEF Maria de Lourdes Von Zuben respondeu pela primeira vez e apresentou baixos níveis de implantação neste Módulo. A EMEF Magdalena Lébeis apresentou melhora no indicador e as demais uma queda, de forma mais pronunciada nas duas EMEF localizadas na região central do município.

A maioria das EMEF não observou as recomendações relacionadas com a alimentação saudável e nenhuma EMEF recebeu apoio para constituir uma equipe de saúde escolar no período 2005-2008.

MÓDULO II: Educação para a Saúde



Legenda:

Não respondeu – 1 EMEF (2005) e 1 EMEF (2008)

0 a 40% - Baixos níveis de implantação – 0 EMEFs (2005) e 0 EMEFs (2008)

41 a 60% - Médios níveis de implantação – 1 EMEFs (2005) e 1 EMEFs (2008)

61 a 100% - Altos níveis de implantação – 6 EMEFs (2005) e 7 EMEFs (2008)

Observações:

EMEF Eduardo Von Zuben foi inaugurada em 2007 e não respondeu o questionário em 2008.

EMEF Vila João XXIII em 2005 não respondeu o questionário e 2008 não foi avaliada porque se tornou escola municipal de 5ª a 8ª séries.

EMEF Maria de Lourdes foi inaugurada em 2007.

O Questionário avaliou os seguintes tópicos no Módulo II:

1. Quanto ao currículo em educação para a saúde

Este deve ser desenvolvido em todas as séries e/ou ciclos respeitando as características de cada fase da criança, ser sequencial e abordar temas de forma a estimular a atividade física (AF) e promover a alimentação saudável (AS).

Deve abordar tópicos essenciais em AF, tais como:

- Benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais da AF.
- Componentes da Aptidão Física relacionados com a saúde: resistência cardiovascular, resistência e força muscular, flexibilidade e composição corporal.
- A importância das fases de uma AF.
- Oportunidades para AF na escola e na comunidade.
- Prevenção de lesões durante a AF e primeiros socorros básicos - respiratórios e traumáticos.
- Medidas de segurança relacionadas com o tempo (calor e hipotermia).
- Consequências de um estilo de vida sedentário.
- Influência da família, da cultura e da mídia nas escolhas e práticas da AF.
- Habilidades de comunicação para a tomada de decisão e definição de metas para a realização de AF.
- Como apoiar e incentivar outras pessoas a realizarem AF.

Deve abordar todos os tópicos essenciais em AS, tais como:

- Benefícios da alimentação saudável;
- A pirâmide alimentar;
- Conhecimento sobre os rótulos dos alimentos;
- Identificação dos alimentos ricos em vitaminas e minerais;
- Identificação dos alimentos pobres em gorduras saturadas, colesterol, sódio e açúcares;
- Importância das frutas vegetais, grãos, alimentos ricos em cálcio, vitaminas etc. na alimentação saudável;
- Segurança alimentar: higiene, compra, preparo e estocagem dos alimentos;

- Preparação de refeições e lanches saudáveis;
- Equilíbrio entre ingestão alimentar e AF;
- Aceitação das diferenças corporais;
- Informações sobre distúrbios e doenças relacionados com alimentação;
- Influência da família, da cultura e da mídia no comportamento alimentar;
- Informações relacionadas com a alimentação e o comportamento alimentar saudável;
- Habilidades de comunicação, tomada de decisão e estabelecimento de metas para a alimentação saudável;
- Como apoiar e encorajar outros para a adoção de comportamentos alimentares saudáveis;
- Práticas de controle de peso saudável e não saudável.

O currículo deve ser dinâmico, interessante, facilmente compreendido e divulgado para toda a comunidade escolar para que todos possam acompanhar o desenvolvimento do mesmo.

2. Quanto às aulas de educação para a saúde

O currículo deve utilizar estratégias de aprendizagem ativa, isto é, atividades práticas e participativas consideradas agradáveis e importantes pelos estudantes. Deve também possibilitar a aquisição das habilidades necessárias para a adoção de comportamentos saudáveis. Alguns exemplos de habilidades necessárias para a adoção de comportamentos saudáveis:

- Leitura e compreensão dos rótulos dos alimentos;
- Identificação dos alimentos em um cardápio de restaurante, lanchonete ou bar que sejam pobres em gorduras saturadas, colesterol e sódio;
- Planejamento de refeições saudáveis em casa ou fora dela;
- Realização e cuidados com hortas e pomares;
- Monitoramento de seu comportamento alimentar e de seus hábitos de AF;
- Prevenção de lesões durante a realização da AF.

3. Quanto aos professores de educação para a saúde

Estes devem usar uma variedade de exemplos e atividades que sejam culturalmente apropriados, tais como:

- Possibilitar a participação de pessoas de várias raças e etnias;
- Enfocar as contribuições e habilidades de pessoas dos vários grupos culturais, raciais e étnicos;
- Não estigmatizar ou estereotipar qualquer grupo;
- Validar e construir a autoestima e o senso de cultura nacional;
- Refletir sobre a diversidade entre os estudantes.

Devem usar tarefas e projetos que encorajem os estudantes a interagirem com os membros de sua família. Exemplos:

- Realizar as tarefas de casa com os pais, responsáveis ou outros membros da família, proporcionando a multiplicação e o compartilhamento do conhecimento relacionado com a promoção da saúde;
- Conduzir levantamentos e inquéritos para a obtenção de informações a respeito da saúde, níveis de atividade física e alimentação dos membros da família;
- Exibição dos projetos realizados pelos estudantes através de exposições, feiras de ciência, feiras de saúde, apresentações de dança, esportes, ginástica e competições;
- Participação dos familiares nas atividades relacionadas com AF e AS na escola ou fora dela.

Os professores de educação para a saúde devem participar de programas de capacitação e educação continuada ao menos 1 vez por ano.

Observações:

O curso de extensão e capacitação realizado em Vinhedo em 2006, através da parceria entre a Secretaria Municipal de Educação e a UNICAMP: “Conceitos e aplicações para a boa alimentação e

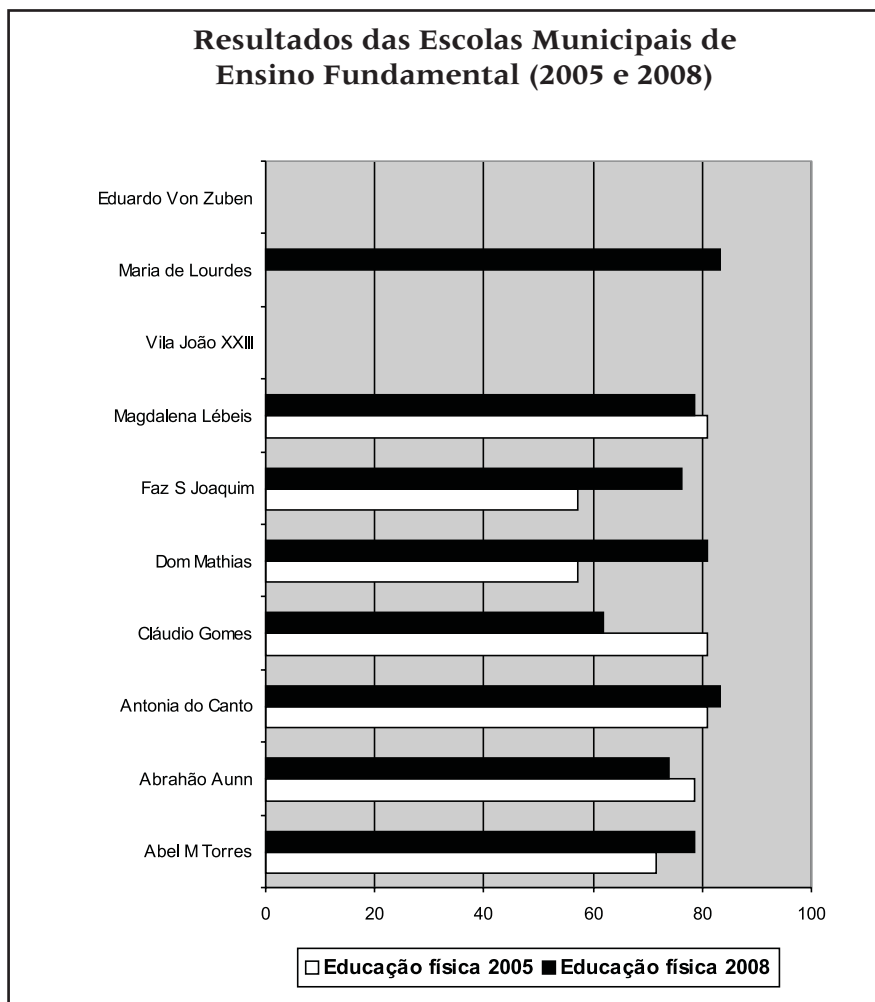
controle do peso corporal”, ofereceu conteúdo para a elaboração de um currículo sequencial em educação para a saúde, relacionado com a AS e a AF.

Das 9 EMEF avaliadas em 2008, a EMEF Eduardo Von Zuben não entregou o questionário. A EMEF Maria de Lourdes Von Zuben respondeu pela primeira vez e apresentou altos níveis de implantação neste quesito. Seis EMEF apresentaram melhora no indicador e duas EMEF de pequeno porte, situadas na periferia do município, apresentaram uma queda.

As principais dificuldades apontadas em 2008 estavam relacionadas com:

1. As características do currículo aplicado, quanto à sua consistência em relação aos PCN, sequencialidade, oportunidades para as práticas de habilidades necessárias para a adoção de comportamentos saudáveis e o respeito às diferenças culturais;
2. Falta de projetos visando à interação com a comunidade;
3. Falta de oportunidades de capacitação dos funcionários e professores.

MÓDULO III: Educação Física



Legenda:

Não respondeu – 1 EMEF (2005) e 1 EMEF (2008)

0 a 40% - Baixos níveis de implantação – 0 EMEFs (2005) e 0 EMEF (2008)

41 a 60% - Médios níveis de implantação – 2 EMEFs (2005) e 0 EMEFs (2008)

61 a 100% - Altos níveis de implantação – 5 EMEFs (2005) e 8 EMEFs (2008)

Observações:

EMEF Eduardo Von Zuben foi inaugurada em 2007 e não respondeu o questionário em 2008.

EMEF Vila João XXIII em 2005 não respondeu o questionário e 2008 não foi avaliada porque se tornou escola municipal de 5ª a 8ª séries.

EMEF Maria de Lourdes foi inaugurada em 2007.

O Questionário avaliou os seguintes tópicos no Módulo III:

1. Quanto ao Programa de EF

O Programa de EF deve ser:

- Focado no desenvolvimento das habilidades motoras:
 - Fundamentais, tais como caminhar, correr, saltar, arremessar, etc;
 - Especiais, usando as várias formas de movimento, tais como a dança, ginástica, esportes individuais, esportes de equipe e atividades aquáticas.
- Trabalhar a aptidão física relacionada com a saúde durante as aulas.
- Dar oportunidade aos estudantes de aprender e praticar os tópicos de aptidão física relacionada com a saúde:
 - Os comportamentos e hábitos adequados para a aptidão física;
 - As atividades físicas que contribuem para a aptidão física;
 - A auto-avaliação da aptidão física.
- Seguir os padrões de segurança abaixo relacionados:
 - Supervisão adequada pelo professor;
 - Uso de roupas protetoras e equipamentos de segurança;
 - Vestuário e sapatos apropriados;
 - Inspeção regular e reparo dos equipamentos e instalações;
 - Minimização da exposição ao sol, fumaça e temperaturas extremas;
 - Práticas de controle de infecção por contato com sangue e outros fluidos corporais.
- Usar métodos de ensino apropriados aos alunos com necessidades de cuidados especiais, através de:
 - Classes de EF adaptada;
 - Adaptação das metas e dos objetivos da EF;
 - Adaptação dos testes, esportes e atividades;
 - Uso de equipamentos e instalações modificados;
 - Uso de um segundo professor, auxiliar, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional para o acompanhamento e auxílio durante as aulas;

- Realização de aulas em dupla ou par (estudantes sem necessidades e estudantes com necessidades de cuidados especiais).

2. Quanto às aulas de EF

Os estudantes devem participar de aulas de EF, ao menos durante 150 minutos, divididos em pelo menos três aulas/semana, durante o ano.

As aulas devem:

- Possuir um número de alunos/professor igual a outras classes, para que não haja superlotação e todos tenham oportunidade de orientação adequada;
- Ser consideradas pelos estudantes, tanto os mais quanto os menos aptos, como uma experiência agradável;
- Promover e estimular a participação do estudante nos programas de atividade física oferecidos na comunidade, através de:
 - Discussões em classe;
 - Confecção de boletins e anúncios direcionados ao público;
 - Entrega de folhetos em casa;
 - Realização de tarefas para casa;
 - Confecção de artigos para revistas;
 - Estimulo à participação de AF oferecidas na comunidade pela secretaria municipal de esporte e lazer, clubes, equipes, classes e recreação, eventos especiais, playgrounds, parques e ciclovias.
- Ser ministradas por professores diplomados em EF.

3. Quanto aos professores de EF

- Devem seguir um currículo baseado nos Parâmetros Curriculares Nacionais e de forma sequencial.

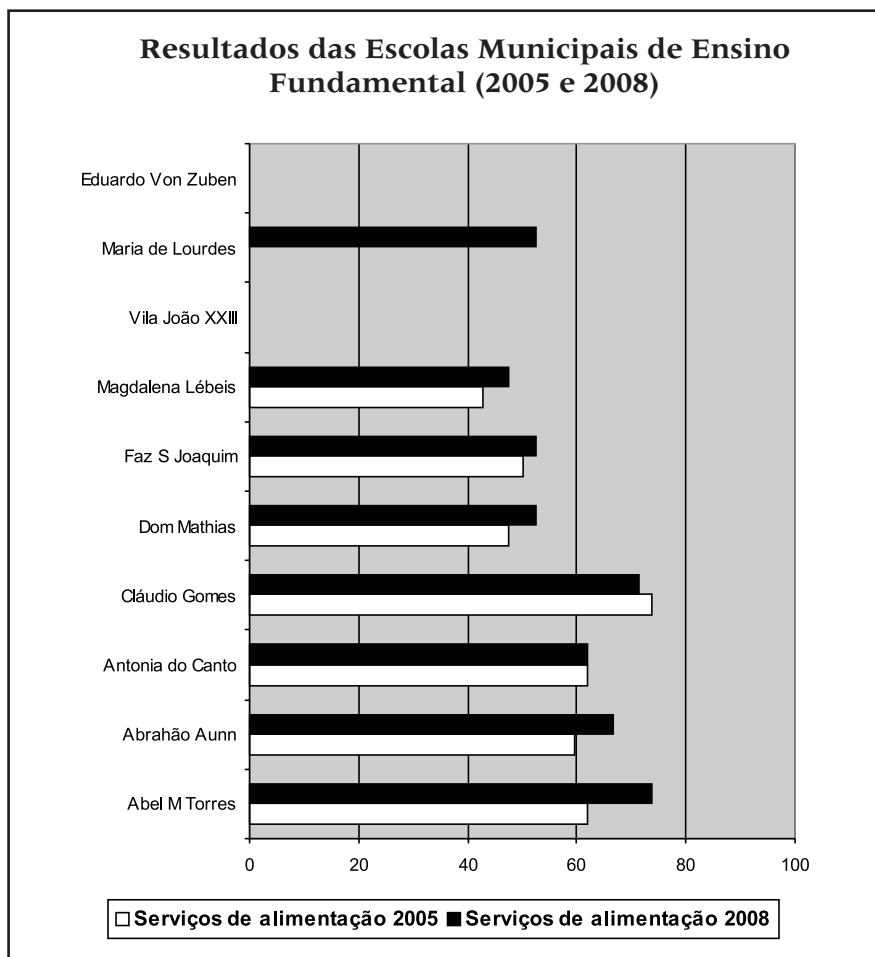
- Devem preparar os estudantes para os testes de aptidão física e realizar esses testes anual ou semestralmente. Preparar os estudantes significa:
 - Orientar os procedimentos dos testes;
 - Dar oportunidades para a realização dos testes antecipadamente;
 - Oferecer informações a respeito do significado dos resultados e como aplicá-los.
- Devem manter os estudantes em AF de moderada para vigorosas (trabalho físico tão ou mais extenuante que uma caminhada rápida) ao menos durante 50% do tempo de aula.
- Devem evitar as práticas que resultem em inatividade durante as aulas de EF, tais como:
 - Uso de jogos que eliminem os estudantes;
 - Muitos estudantes em pé, em linha, ou nas linhas laterais, observando outros e esperando por sua vez;
 - Atividades nas quais menos do que a metade dos estudantes tem uma peça de equipamento e/ou um papel fisicamente ativo;
 - Permissão aos estudantes com maior habilidade em dominar as atividades e os jogos.
- Devem participar de cursos de capacitação e educação continuada ao menos 1 vez por ano.

Observações:

Das 9 EMEF avaliadas em 2008, a EMEF Eduardo Von Zuben não entregou o questionário. A EMEF Maria de Lourdes Von Zuben respondeu pela primeira vez. As 8 EMEF avaliadas apresentaram altos níveis de implantação, e foram referidas melhoras nas ações de inclusão das crianças com necessidades especiais, capacitação e educação continuada aos professores e realização de testes de aptidão física relacionados com a saúde.

Foi o módulo em que se encontrou a maior uniformidade de resposta entre as EMEF, em 2008.

MÓDULO IV: Serviços de Alimentação Saudável



Legenda:

Não respondeu – 1 EMEF (2005) e 1 EMEF (2008)

0 a 40% - Baixos níveis de implantação – 0 EMEFs (2005) e 0 EMEF (2008)

41 a 60% - Médios níveis de implantação – 4 EMEFs (2005) e 4 EMEFs (2008)

61 a 100% - Altos níveis de implantação – 3 EMEFs (2005) e 4 EMEFs (2008)

Observações:

EMEF Eduardo Von Zuben foi inaugurada em 2007 e não respondeu o questionário em 2008.

EMEF Vila João XXIII em 2005 não respondeu o questionário e 2008 não foi avaliada porque se tornou escola municipal de 5ª a 8ª séries.

EMEF Maria de Lourdes foi inaugurada em 2007.

O Questionário avaliou os seguintes tópicos no Módulo IV:

Quanto ao Programa da alimentação escolar

1. A merenda escolar

- Seguir as diretrizes da alimentação escolar, com acesso universal e gratuito a todos os estudantes.
- Oferecer variedade de alimentos, isto é, ao menos:
 - Uma fruta ou preparação à base de frutas;
 - Uma verdura ou legumes em cada refeição;
 - Uma porção de cereais como arroz, trigo e outros;
 - Uma porção de leite e derivados ou carnes, com baixos teores de gordura.
- Incluir, diariamente:
 - Alimentos que sejam aceitos pela maioria dos estudantes, indicados através de análise ou testes de aceitabilidade, respeitando a cultura, tradição e hábitos alimentares saudáveis;
 - Alimentos de baixos teores de gordura, isto é, menos do que 3g de gordura/porção, de cada um dos seguintes grupos: Frutas, Vegetais, Grãos (massas, cereais e pão) e Derivados do leite.
- Realizar práticas, na compra e preparo dos alimentos, que reduzam o teor de gordura. Exemplos de tais práticas incluem:
 - Retirar a gordura sólida das carnes resfriadas e das aves após o cozimento;
 - Exigir baixos teores de gordura para os alimentos pré-preparados, tais como, hambúrgueres, pizzas, nuggets de frango, etc;
 - Após dourar a carne, retirar o excesso de gordura com água quente antes de adicionar os outros ingredientes;
 - Remover a pele das aves antes ou após o cozimento;
 - Grelhar, assar ou cozer as carnes ao invés de fritá-las, em grelhas que possibilitem a drenagem da gordura;
 - Usar queijos de baixos ou reduzidos teores de gordura nas pizzas;

- Preparar vegetais usando pouca ou nenhuma gordura.
- Utilizar panelas antiaderentes e evitar usar óleo e gordura sólida.
- Realizar práticas que estimulem a moderação na ingestão de gorduras e sódio. Exemplos:
 - Oferecer produtos de baixos teores de gorduras, tais como: geléias, gelatinas ou mel para passar nos pães e torradas;
 - Oferecer temperos para a salada de baixos teores de gordura;
 - Não oferecer manteiga ou margarina para passar nos pães e torradas;
 - Não oferecer sal nas mesas.
- A escola deve manter o refeitório sempre agradável, limpo e seguro. Critérios:
 - Estrutura física (paredes e pisos) que não necessite de reparos;
 - As mesas e cadeiras em bom estado de conservação e com tamanhos apropriados para todos os estudantes;
 - Lugares suficientes para todos realizarem a refeição sentados;
 - Orientar e executar regras de comportamento seguro, tais como, não correr, derrubar ou lançar alimentos e utensílios;
 - As mesas, cadeiras e piso devem ser limpos entre períodos e turnos da merenda;
 - A decoração apropriada para a faixa etária dos estudantes;
 - Realizar práticas apropriadas para prevenir níveis excessivos de barulho, tais como apitos, assovios e sinais luminosos ou sonoros;
 - Os cheiros devem ser agradáveis e não ofensivos;
 - O refeitório deve oferecer talheres e instrumentos apropriados para a alimentação, quando necessário, dos estudantes com necessidades de cuidados especiais.

2. Oferta de alimentos além da merenda escolar

- Exemplos de condições de ofertas de alimentos fora da merenda escolar:
 - Stands por concessão e máquinas de venda
 - Cantinas;
 - Festas, eventos especiais, reuniões e encontros;
 - Programas escolares fora do período de aula;
 - Lanches caseiros.
- A oferta de alimentos fora da merenda escolar deve incluir produtos atraentes, de baixos teores de gordura, sódio e açúcares, dos seguintes grupos de alimentos: frutas, vegetais, grãos e derivados do leite.
- Os alimentos de baixos teores de gordura, sódio e açúcares oferecidos fora da merenda escolar devem ser promovidos e anunciados. Exemplos:
 - Expor informações nutricionais sobre os alimentos disponíveis;
 - Expor materiais promocionais como cartazes que podem ser confeccionados pelas próprias crianças;
 - Apresentar os produtos saudáveis da cantina como os alimentos mais importantes do cardápio;
 - Oferecer oportunidades aos alunos de testar o sabor dos produtos saudáveis;
 - Fazer anúncios veiculados através de áudio e vídeo pela escola.

3. Quanto aos profissionais do serviço de alimentação escolar

- Devem ser treinados para responder rapidamente aos seguintes tipos de emergências alimentares:
 - Asfixia ou obstrução das vias respiratórias;
 - Desastres naturais, como descargas elétricas;
 - Emergências médicas tais como reação alérgica severa a alimentos.
- Devem colaborar entre si para reforçar as aulas de educação alimentar. Exemplos de colaboração:
 - Participar na elaboração e implementação dos programas de educação nutricional;

- Expor materiais informativos e educacionais que reforcem as aulas na sala;
- Oferecer alimentos para serem usados nas aulas de educação nutricional dentro das salas;
- Oferecer idéias para as aulas de educação nutricional dentro das salas;
- Realizar uma aula ou apresentação aos estudantes;
- Realizar visita à cantina e à cozinha.
- Devem participar de programas de educação continuada ou treinamentos relacionados com as Diretrizes Dietéticas para a população brasileira (isto é, cursos para o planejamento de refeições, modificação e substituição de receitas, práticas de compra e preparo dos alimentos, etc.) e em educação continuada para a promoção da alimentação saudável ao menos uma vez/ano.
- A responsabilidade técnica pela alimentação escolar nos Estados, no Distrito Federal, nos Municípios e nas escolas federais caberá ao nutricionista responsável.

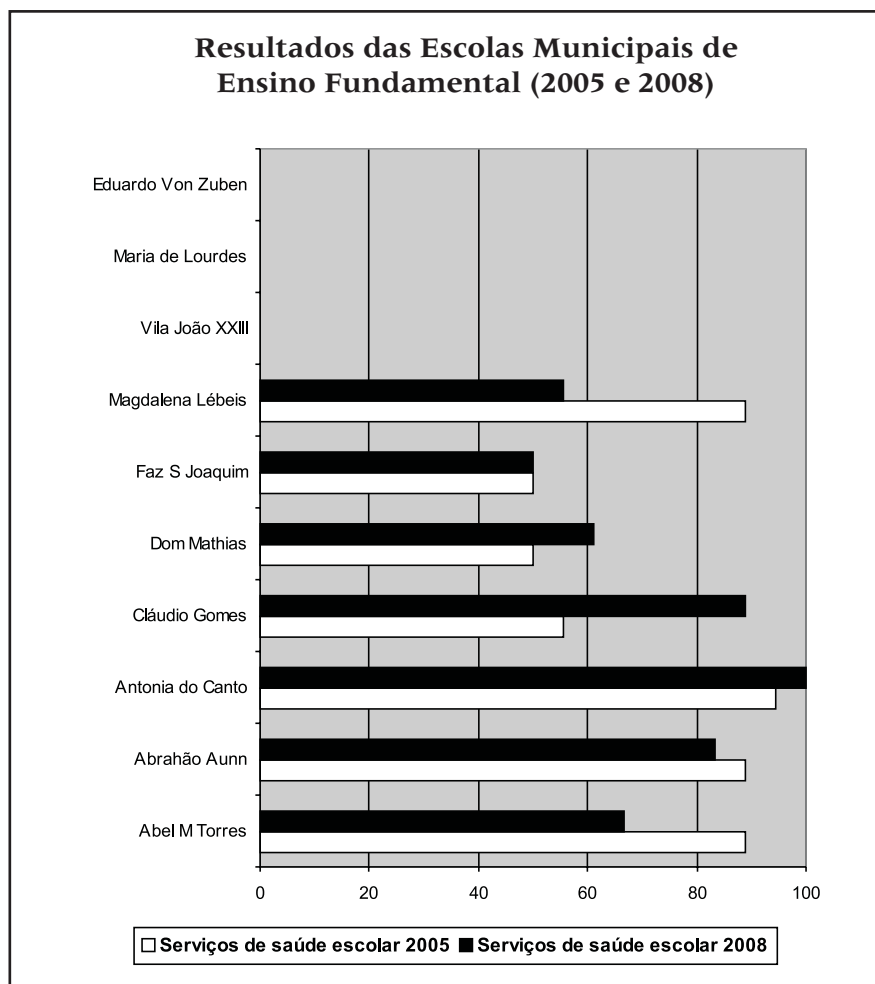
Observações:

Das 9 EMEF avaliadas em 2008, a EMEF Eduardo Von Zuben não entregou o questionário. A EMEF Maria de Lourdes Von Zuben respondeu pela primeira vez e apresentou nível médio de implantação neste quesito. Cinco EMEF apresentaram melhora no indicador. A EMEF Antonia do Canto apresentou nível de implantação, em 2008, semelhante a 2005, e a EMEF Cláudio Gomes apresentou uma queda no nível de implantação.

As maiores dificuldades apontadas em 2008 estavam relacionadas com:

1. A oferta de alimentos além da merenda escolar, quer seja os oferecidos e vendidos nas cantinas, como os lanches caseiros, e os alimentos oferecidos nas festas e eventos realizados no interior da escola. Os mesmos não foram considerados produtos saudáveis;
2. A capacitação dos funcionários relacionada com as situações de emergência alimentar, não realizada em 2005 e 2008;
3. Duas EMEF apresentaram preocupação quanto ao ambiente onde serviam a merenda escolar e as práticas utilizadas no preparo e apresentação dos alimentos.

MÓDULO V: Serviços de Saúde Escolar



Legenda:

Não respondeu – 1 EMEF (2005) e 1 EMEF (2008)

0 a 40% - Baixos níveis de implantação – 0 EMEFs (2005) e 1 EMEF (2008)

41 a 60% - Médios níveis de implantação – 3 EMEFs (2005) e 2 EMEFs (2008)

61 a 100% - Altos níveis de implantação – 4 EMEFs (2005) e 5 EMEFs (2008)

Observações:

EMEF Eduardo Von Zuben foi inaugurada em 2007 e não respondeu o questionário em 2008.

EMEF Vila João XXIII em 2005 não respondeu o questionário e 2008 não foi avaliada porque se tornou escola municipal de 5ª a 8ª séries.

EMEF Maria de Lourdes foi inaugurada em 2007.

O Questionário avaliou os seguintes tópicos no Módulo V:

Quanto aos profissionais dos Serviços de Saúde Escolar (profissionais da saúde contratados ou voluntários)

- Devem contribuir com a promoção da AF e AS dos estudantes, funcionários e comunidade, através da:
 - Confeção e distribuição de materiais educacionais versando sobre o tema;
 - Realização de discussões em pequenos grupos, na escola;
 - Apresentações de palestras, seminários, fóruns, etc;
 - Entrevistas ou aconselhamentos individuais
- Devem colaborar com os funcionários da escola na promoção da AF e AS dos estudantes, funcionários e da comunidade através do:
 - Desenvolvimento de políticas escolares saudáveis;
 - Desenvolvimento de currículo para a educação para a saúde;
 - Planejamento de aulas ou unidades;
 - Planejamento de eventos e projetos especiais;
 - Treinamento e capacitação dos funcionários e professores a respeito dos benefícios da AF e AS;
 - Encorajamento do espírito crítico e do julgamento dos estudantes.
- Devem realizar ou colaborar com a identificação dos estudantes com problemas relacionados com a AF e AS. Esses estudantes devem ser encaminhados aos serviços de saúde baseados na escola ou na comunidade. Exemplos de problemas: obesidade, asma, anemia, diabetes, distúrbios alimentares, alergias alimentares, uso de esteróides, anabolizantes e medicamentos para emagrecer.
- Devem coletar informações a respeito da saúde dos estudantes, ao menos 1 vez por ano. Quando necessário, e com a permissão dos pais e responsáveis, essas informações devem ser encaminhadas aos professores e funcionários dos serviços de alimentação.

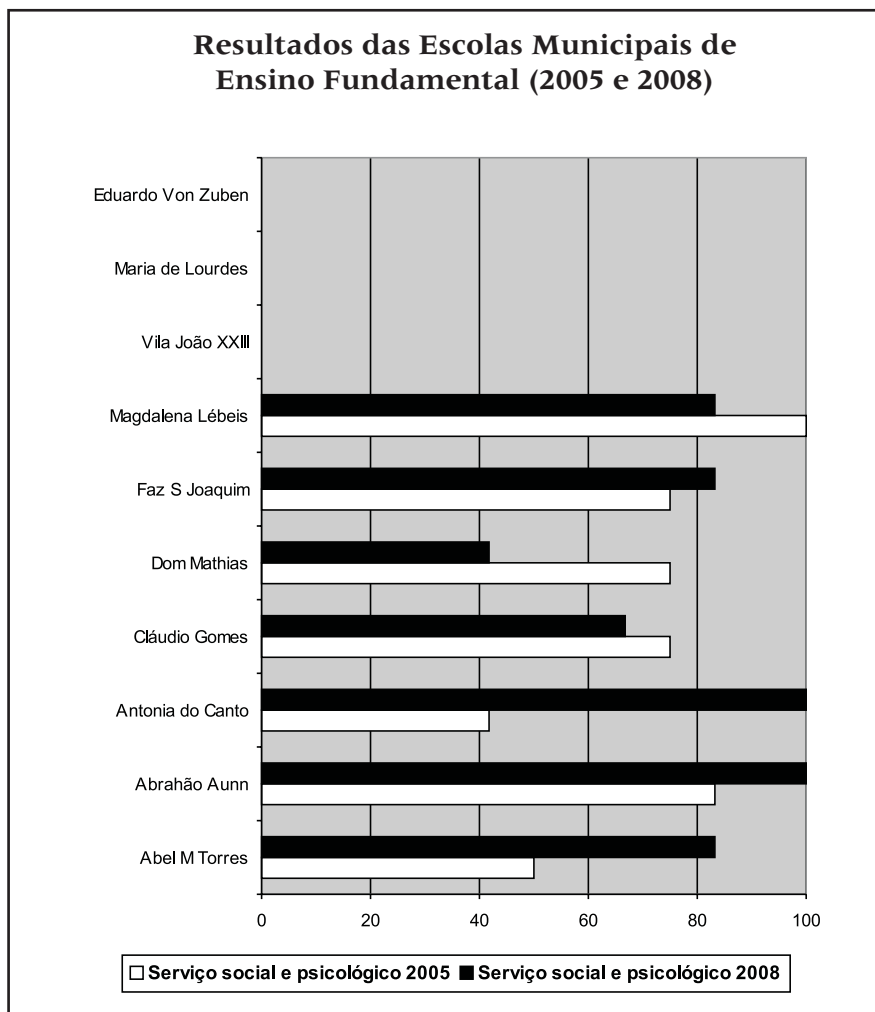
Observações:

Das 9 EMEF avaliadas em 2008, a EMEF Eduardo Von Zuben não entregou o questionário. A EMEF Maria de Lourdes Von Zuben respondeu pela primeira vez e apresentou nível baixo de implantação neste quesito. Três EMEF apresentaram melhora no indicador. A EMEF Fazenda São Joaquim apresentou nível de implantação, em 2008, semelhante a 2005 e outras três EMEF apresentaram uma queda no nível de implantação. Este módulo apresentou respostas discrepantes entre as EMEF, tendo a EMEF Antonia do Canto apresentado altíssimo nível de implantação e a EMEF Maria de Lorde Von Zuben baixíssimo nível, merecendo maior atenção por parte da Secretaria Municipal de Educação.

As maiores dificuldades apontadas em 2008, por quatro das EMEF estavam relacionadas com:

1. A promoção da alimentação saudável (AS) pelos serviços de saúde escolar, apontando a inexistência de ações nesta direção;
2. A falta de colaboração entre os serviços de saúde escolar e os funcionários;
3. A falta de ações para a identificação e encaminhamento dos estudantes com problemas;
4. A falta de articulação entre as EMEF e as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

MÓDULO VI: Serviço Social, de Aconselhamento e Psicológico



Legenda:

Não respondeu – 1 EMEF (2005) e 1 EMEF (2008)

0 a 40% - Baixos níveis de implantação – 0 EMEFs (2005) e 1 EMEF (2008)

41 a 60% - Médios níveis de implantação – 2 EMEFs (2005) e 1 EMEFs (2008)

61 a 100% - Altos níveis de implantação – 5 EMEFs (2005) e 6 EMEFs (2008)

Observações:

EMEF Eduardo Von Zuben foi inaugurada em 2007 e não respondeu o questionário em 2008.

EMEF Vila João XXIII em 2005 não respondeu o questionário e 2008 não foi avaliada porque se tornou escola municipal de 5ª a 8ª séries.

EMEF Maria de Lourdes foi inaugurada em 2007.

O Questionário avaliou os seguintes tópicos no Módulo VI:

Quanto ao Programa do Serviço Social e Psicológico

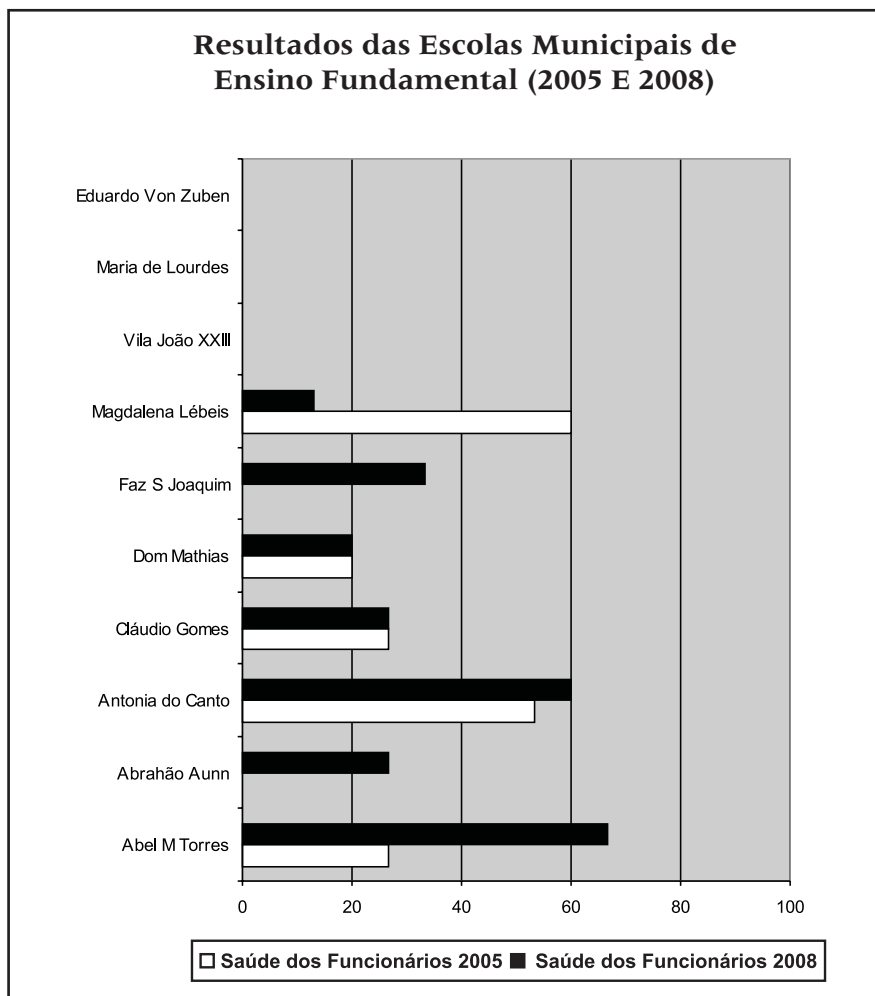
- Deve promover a AF e AS dos estudantes, funcionários e comunidade, através da:
 - Confecção e distribuição de materiais educacionais.
 - Discussões em pequenos grupos na escola;
 - Apresentações;
 - Entrevistas e aconselhamentos individuais.
- Deve colaborar com os funcionários da escola para promover a AF e AS, através do:
 - Desenvolvimento de políticas;
 - Desenvolvimento de currículo;
 - Planejamento de aulas ou unidades;
 - Eventos e projetos especiais;
 - Treinamento em serviço a respeito dos benefícios acadêmicos e para a saúde da AF e da boa alimentação;
 - Encorajamento do espírito crítico e do julgamento dos estudantes.
- Deve identificar e encaminhar para os serviços de saúde os estudantes com problemas relacionados com AF e AS.

Observações:

Das 9 EMEF avaliadas em 2008, a EMEF Eduardo Von Zuben não entregou o questionário. A EMEF Maria de Lourdes Von Zuben respondeu pela primeira vez e apresentou nível baixo de implantação neste quesito. Quatro EMEF apresentaram melhora no indicador. Três EMEF apresentaram uma queda no nível de implantação. Este módulo apresentou respostas discrepantes entre as EMEF avaliadas, sendo que quatro delas apresentaram altos nível de implantação e a EMEF Maria de Lordes Von Zuben baixíssimo nível, merecendo maior atenção por parte da Secretaria Municipal de Educação.

A maior dificuldade apontada em 2008, por três das EMEF foi a falta de colaboração entre os serviços social, de aconselhamento e psicológico com os funcionários da escola visando à promoção da AF e AS.

MÓDULO VII: Promoção da Saúde dos Funcionários



Legenda:

Não respondeu – 1 EMEF (2005) e 1 EMEF (2008)

0 a 40% - Baixos níveis de implantação – 5 EMEFs (2005) e 6 EMEFs (2008)

41 a 60% - Médios níveis de implantação – 2 EMEFs (2005) e 1 EMEFs (2008)

61 a 100% - Altos níveis de implantação – 0 EMEFs (2005) e 1 EMEFs (2008)

Observações:

EMEF Eduardo Von Zuben foi inaugurada em 2007 e não respondeu o questionário em 2008.

EMEF Vila João XXIII em 2005 não respondeu o questionário e 2008 não foi avaliada porque se tornou escola municipal de 5ª a 8ª séries.

EMEF Maria de Lourdes foi inaugurada em 2007.

O Questionário avaliou os seguintes tópicos no Módulo VII:

Quanto ao Programa de Promoção da Saúde dos Funcionários

- Deve realizar avaliação e acompanhamento da saúde dos funcionários, gratuitamente ou a preços razoáveis, ao menos 1 vez por ano. Exemplos de itens de uma avaliação da saúde relacionados com AF e AS:
 - Altura e peso;
 - Pressão sanguínea;
 - Colesterol;
 - Diabetes e glicemia;
 - Composição corporal.
- Deve realizar programa de aptidão e atividade física para os funcionários, gratuitamente ou a preços razoáveis. Exemplos:
 - Aulas de ginástica, dança, esportes coletivos ou individuais;
 - Oficinas;
 - Instalações adequadas;
 - Eventos especiais como feiras e semanas.
- Deve facilitar a realização de programas de controle do peso e educação alimentar para os funcionários, gratuitamente ou a preços razoáveis.
- Deve encorajar a participação dos funcionários nos programas de controle do peso, educação alimentar, de aptidão e atividade física, através de:
 - Orientação dos funcionários a respeito de informações atuais;
 - Cartazes em murais na escola;
 - Cartas enviadas diretamente aos funcionários;
 - Anúncios nos encontros de funcionários;
 - Artigos em revistas para funcionários;
 - Programas de incentivo e recompensas;
 - Reconhecimento público;
 - Descontos nos seguros de saúde.

- Deve garantir um orçamento destinado para a promoção da saúde dos funcionários que inclua um salário para um empregado em tempo parcial ou integral, com a responsabilidade de planejar, elaborar, implementar e avaliar as atividades dos programas realizados.

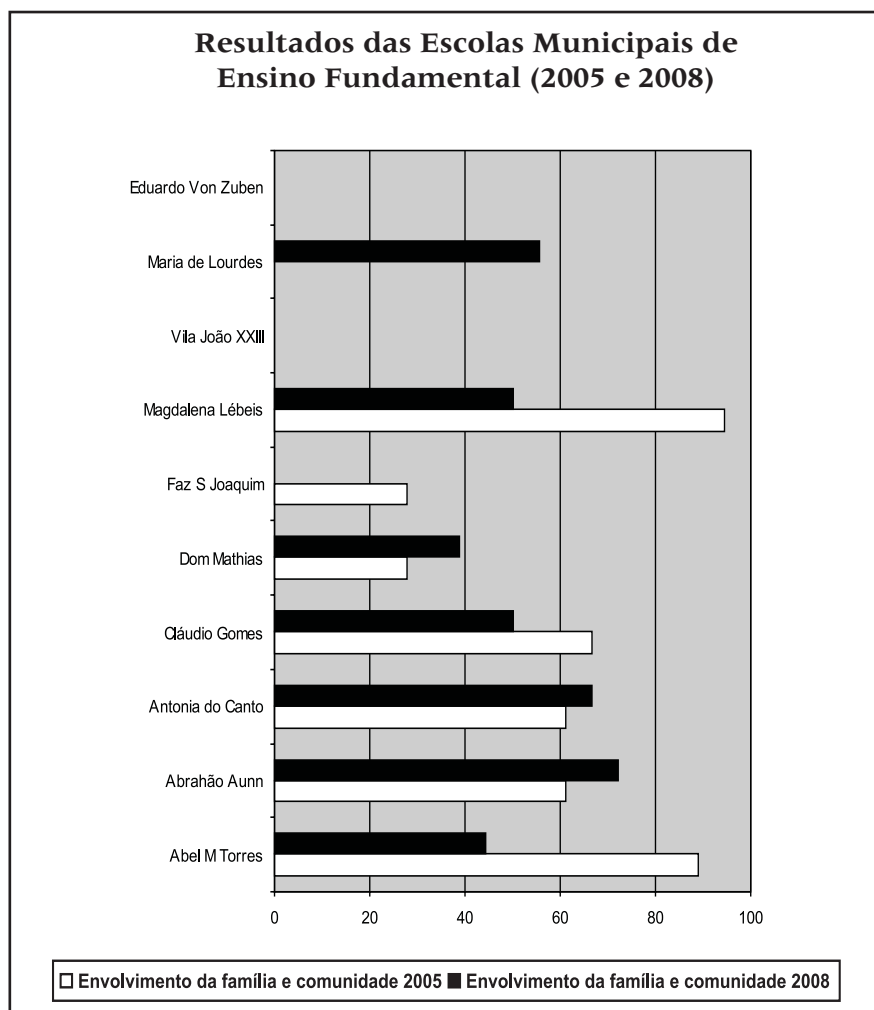
Observações:

Das 9 EMEF avaliadas em 2008, a EMEF Eduardo Von Zuben não entregou o questionário. A EMEF Maria de Lourdes Von Zuben respondeu pela primeira vez e apresentou nível baixo de implantação neste quesito. Quatro EMEF apresentaram melhora no indicador. Duas EMEF apresentaram níveis de implantação semelhantes em 2005 e 2008. Uma EMEF apresentou uma queda no nível de implantação. Este módulo apresentou respostas discrepantes entre as EMEF avaliadas, a EMEF Abel Maria Torres com alto nível de implantação, a EMEF Antonia do Canto com médio nível e seis delas apresentaram baixos níveis de implantação, condição esta merecedora de maior atenção por parte da Secretaria Municipal de Educação.

Apesar das discrepâncias observadas nas respostas, este módulo foi o que apresentou as piores condições em promoção da saúde relacionadas com a AF e a AS, sendo que as condições mais apontadas foram:

1. A falta de programas que promovam a AF e a melhora da aptidão física dos funcionários;
2. A falta de programas de controle do peso e de educação alimentar para os funcionários;
3. A falta de política de redução do uso de substâncias psicoativas, em especial o tabaco, pelos funcionários e professores;
4. A inexistência de orçamento destinado para a promoção da saúde dos funcionários.

MÓDULO VIII: Envolvimento da Família e da Comunidade



Legenda:

Não respondeu – 1 EMEF (2005) e 1 EMEF (2008)

0 a 40% - Baixos níveis de implantação – 2 EMEFs (2005) e 2 EMEF (2008)

41 a 60% - Médios níveis de implantação – 0 EMEFs (2005) e 4 EMEFs (2008)

61 a 100% - Altos níveis de implantação – 5 EMEFs (2005) e 2 EMEFs (2008)

Observações:

EMEF Eduardo Von Zuben foi inaugurada em 2007 e não respondeu o questionário em 2008.

EMEF Vila João XXIII em 2005 não respondeu o questionário e 2008 não foi avaliada porque se tornou escola municipal de 5ª a 8ª séries.

EMEF Maria de Lourdes foi inaugurada em 2007.

O Questionário aplicado avaliou os seguintes tópicos no Módulo VIII:

Quanto ao envolvimento da família e da comunidade nos programas desenvolvidos na escola, em AS e AF

- A escola deve oferecer às famílias oportunidades de aquisição de conhecimento a respeito da AF e AS, através de:
 - Materiais educacionais tais como: folhetos, artigos de revista, apresentação do currículo escolar, tarefas de casa com a participação dos familiares;
 - Atividades realizadas pela escola, tais como: encontros entre pais e professores, feiras da saúde, experimentação de alimentos, refeições com alimentos de diversas culturas, dia de campo, caminhadas e corridas divertidas.
- A escola deve obter, ao menos 1 vez por ano, informação a respeito da participação, dos resultados obtidos e da satisfação dos estudantes e familiares com os programas desenvolvidos pela escola.
- Os estudantes e pais devem estar envolvidos com o planejamento das refeições escolares. Exemplos:
 - Oferecer sugestões para o cardápio e receitas;
 - Identificar as preferências alimentares;
 - Participar de atividades de teste de paladar.
- Os pais e membros da comunidade devem ajudar no planejamento e na implantação dos programas na escola. Exemplos:
 - Ação voluntária para ajudar nas salas de aula, cantina ou nos eventos especiais;
 - Participação na comissão curricular;
 - Elaboração ou condução da avaliação das necessidades ou dos programas realizados.
- Os funcionários da escola devem informar os estudantes e seus familiares a respeito dos programas e recursos oferecidos na comunidade:
 - Atividade física e aptidão física, tais como esportes, ginástica, dança e recreação, por instituições particulares ou secretaria de esporte e lazer;

- Alimentação saudável tais como: selos de certificação alimentar alcançados por alguma instituição, localização dos depósitos, armazéns e cooperativas de alimentos baseados na comunidade;
- Atividade física e alimentação saudável realizados pelas secretarias de saúde, sociedades e associações da saúde.
- Os membros da comunidade devem ter acesso às instalações da escola fora dos horários de aula para participar nos programas.

Observações:

Das 9 EMEF avaliadas em 2008, a EMEF Eduardo Von Zuben não entregou o questionário. A EMEF Maria de Lourdes Von Zuben respondeu pela primeira vez e apresentou médio nível de implantação neste quesito. Três EMEF apresentaram melhora no indicador. Quatro EMEF apresentaram queda no nível de implantação. Este módulo apresentou respostas discrepantes entre as EMEF avaliadas, duas delas apresentaram baixos níveis de implantação, quatro com médio nível e outras duas com alto nível de implantação, condição esta merecedora de maior atenção por parte da Secretaria Municipal de Educação.

As principais condições apontadas pelas EMEF foram:

1. A falta de participação e envolvimento dos pais e comunidade no planejamento das refeições escolares;
2. A falta de participação e envolvimento dos pais e comunidade no planejamento, desenvolvimento e avaliação dos programas de AF e AS realizados na escola;
3. Através das entrevistas foi identificada, em três EMEF, a inexistência de mecanismos de avaliação da participação dos estudantes e familiares nos programas realizados pela escola, de oportunidades de acesso às instalações da escola fora dos horários de aula e de divulgação dos programas relacionados com a AS e a AF e os recursos disponíveis na comunidade.

Referências Bibliográficas

BOCCALETTO, E.M.A. e VILARTA, R. (Orgs.). **Diagnóstico da alimentação saudável e atividade física em escolas municipais de Vinhedo/SP**. Campinas: IPES Editorial, 2007.

CDC. CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION (DHHS/CDC). **School Health Index for Physical Activity and Healthy Eating: A Self-Assessment and Planning Guide. Elementary school**. 2000. Disponível em: < http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/19/9c/fd.pdf>. Acesso em: 14 março 2009.

19

Propostas para o Desenvolvimento de Plano de Ação Local

Estela Marina Alves Boccaletto
Doutoranda da Faculdade de Educação Física FEF – UNICAMP

Roberto Vilarta
Professor Titular da Faculdade de Educação Física FEF – UNICAMP

Roberto Teixeira Mendes
Professor Doutor do Departamento de Pediatria da FCM – UNICAMP

A partir das condições observadas no período 2005 e 2008 relacionadas com a alimentação e a atividade física nas EMEF de Vinhedo (SP), que se refletem na comunidade escolar, apontamos algumas sugestões para a elaboração de projetos locais para a área.

A elaboração desses projetos deve priorizar a participação popular na identificação e compreensão dos problemas da comunidade, na elaboração das metas e objetivos que deverão ser alcançados, no planejamento e estabelecimento das estratégias de ação para a solução dos problemas identificados.

Durante o período 2005 – 2008, segundo informações coletadas a partir do Questionário em seu Módulo VIII: Envolvimento e Participação da Comunidade, observou-se uma queda no número de EMEF que referiram um alto nível de implantação nesse tópico. Assim, a primeira medida a ser tomada seria no sentido de reaproximar as famílias e comunidade da realidade escolar.

Outro aspecto pouco desenvolvido em 2005 e 2008 foi o relacionado com a preocupação de se desenvolver ações visando à saúde dos funcionários que, além de serem pilares importantes para a implantação dos projetos na área, são também referências para os escolares e familiares no que tange à alimentação e atividade física, temática tratada pelo Programa.

A saúde da criança relacionada com a alimentação saudável e vida ativa, como o aumento da prevalência da obesidade e sobrepeso observados no período 2005 – 2008, em todas as faixas etárias, sexo e regiões do Município, não é consequência exclusiva das condições desenvolvidas na escola; porém, ela tem um papel importante no desenvolvimento de ações e políticas que promovam a saúde, tendo em vista seu potencial multiplicador.

Medidas sugeridas no tocante às:

Políticas e Ambiente Escolar

- Padronização dos ambientes físicos de todas as escolas, procurando construir espaços saudáveis e agradáveis nos aspectos físico e social, nas salas de aula, sanitários, direção e administração, cozinha, cantina e refeitórios, quadras cobertas, jardins, hortas, pátios e playground;
- Definição de diretrizes para a segurança física, tais como: uso de uniformes adequados para verão e inverno; observação periódica das condições dos equipamentos utilizados na realização de atividades físicas dos pátios, playground, jardins e quadras; regras para prevenção de acidentes e atitudes perigosas; preparação dos funcionários ou equipe escolar para situações emergenciais;
- Definição, implantação e divulgação com a participação da comunidade escolar das condutas e diretrizes em Promoção da Saúde na alimentação saudável e vida ativa.

Educação para a Saúde

- Definição de currículo escolar sequencial, que respeite as características de cada fase das crianças para as aulas de Educação para a Saúde em alimentação saudável e atividade física. Para a elaboração dos tópicos e atividades curriculares, consultar a comunidade escolar, profissionais das áreas da saúde, meio ambiente, esporte, cultura e lazer;
- Padronização do currículo de forma que o mesmo seja facilmente implantado e acompanhado em todas as EMEF;

- Divulgação do currículo adotado para todos os funcionários, professores e pais de alunos para que os mesmos possam acompanhar o desenvolvimento de seus filhos.

Educação Física

Este Módulo foi o que apresentou o maior nível de implantação em todas as EMEF, refletindo uma maior maturidade e experiência dos profissionais que desenvolveram este tema.

No que se refere à promoção da saúde e atividade física, pesquisas apontam para a importância de se realizar as aulas de Educação Física considerando os aspectos abaixo listados:

- Ao menos 3 aulas por semana de 50 minutos cada, com número de alunos semelhante às demais disciplinas, isto é, não com número exagerado de alunos;
- Realização de testes de aptidão física anual ou semestral com registro e análise dos resultados obtidos. Esses registros devem ser utilizados para estudos e pesquisas, bem como informação objetiva dos resultados das políticas públicas desenvolvidas na área;
- Acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e estado nutricional dos escolares, realização de avaliações posturais, com encaminhamento daqueles em estado de risco para os setores da saúde ou promoção social. Procurar implementar a intersectorialidade do planejamento, ações e avaliação dos resultados;
- Realização de práticas adequadas para os alunos com necessidades especiais visando a inclusão social;
- Aulas com estudantes ativos no mínimo em 50% do tempo das mesmas; Evitar atividades pouco ativas;
- Aulas agradáveis e observando as regras de segurança;
- Aulas com professores diplomados em Educação Física e capacitados através de cursos de capacitação e educação continuada;
- Currículo escolar sequencial, que respeite as características de cada fase das crianças com enfoque no desenvolvimento das habilidades motoras fundamentais e especiais e que o mesmo seja facilmente implantado e acompanhado por todos os professores;

- Divulgação do currículo adotado para todos os funcionários, professores e pais de alunos para que os mesmos possam acompanhar o desenvolvimento de seus filhos;
- Promoção da atividade física na comunidade através da divulgação dos benefícios da atividade física e realização de programas com a comunidade escolar: funcionários, pais e demais familiares.

SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Principais características para um programa de merenda escolar, segundo o indicador aplicado:

- Oferecimento de desjejum (café da manhã) e merenda escolar seguindo os Padrões Nutricionais para as Refeições Escolares.
- Disponibilidade de leite desnatado ou de baixos teores de gordura.
- Refeições com alimentos variados, nutritivos e atraentes para a maioria dos estudantes. Oferecimento de frutas ou preparação à base de frutas, verdura, legumes, cereais ou produtos à base de cereais, carnes e leite e seus derivados.
- Realização de práticas adequadas para a compra, estocagem, preparo e apresentação dos alimentos, respeitando as determinações relacionadas com a segurança alimentar.
- Refeitórios agradáveis, limpos e seguros.
- Nos casos de oferecimento de produtos fora do Programa de Merenda Escolar, que eles tenham os mesmos padrões de qualidade e nutrição que os oferecidos nas refeições escolares.
- Serviço de alimentação gerenciado por profissional diplomado em Nutrição e capacitado através de cursos de capacitação e educação continuada.
- Merendeiras e demais funcionários preparados para situações de emergência alimentar, capacitados continuamente e cooperadores com os professores nas aulas de Educação para a Saúde.

Orientamos a leitura e discussão da Legislação referente ao Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2009).

A seguir, apontaremos algumas informações importantes obtidas na Medida Provisória (MP) nº 455, de 28 de Janeiro de 2009.

Entende-se por alimentação escolar todo alimento oferecido no ambiente escolar, independentemente de sua origem, durante o período letivo.

A MP 455 estabelece como diretrizes da alimentação escolar:

1. o emprego da alimentação saudável e adequada, compreendendo o uso de alimentos variados, seguros, que respeitem a cultura, tradições e hábitos alimentares saudáveis, contribuindo para o crescimento e o desenvolvimento dos alunos e para a melhoria do rendimento escolar, em conformidade com a sua faixa etária e seu estado de saúde, inclusive dos que necessitam de atenção específica;
2. a inclusão da educação alimentar e nutricional no processo de ensino e aprendizagem, que perpassam pelo currículo escolar, abordando o tema alimentação e nutrição e o desenvolvimento de práticas saudáveis de vida, na perspectiva da segurança alimentar e nutricional;
3. a universalidade do atendimento aos alunos matriculados na rede pública de educação básica;
4. a participação da comunidade no controle social, no acompanhamento das ações realizadas pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios para garantir a oferta da alimentação escolar saudável e adequada;
5. o apoio ao desenvolvimento sustentável, com incentivos para a aquisição de gêneros alimentícios diversificados, produzidos em âmbito local e preferencialmente pela agricultura familiar e pelos empreendedores familiares, priorizando as comunidades tradicionais indígenas e de remanescentes de quilombos; e
6. o direito à alimentação escolar, visando garantir segurança alimentar e nutricional dos alunos, com acesso de forma igualitária, respeitando as diferenças biológicas entre idades e condições de saúde dos alunos que necessitem de atenção específica e aqueles que se encontram em vulnerabilidade social.

A MP 455 determina que a alimentação escolar é direito dos alunos da educação básica pública e dever do Estado.

Determina também que:

- O Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE tem por objetivo contribuir para o crescimento e o desenvolvimento biopsicossocial, a aprendizagem, o rendimento escolar e a formação de hábitos alimentares saudáveis dos alunos, por meio de ações de educação alimentar e nutricional e da oferta de refeições que cubram as suas necessidades nutricionais durante o período letivo. Isto é, suprir, no mínimo, 30% (trinta por cento) das necessidades nutricionais diárias dos alunos das creches e escolas indígenas e das localizadas em áreas remanescentes de quilombos, e 15% (quinze por cento) para os demais alunos matriculados em creches, pré-escolas e escolas do ensino fundamental, respeitando os hábitos alimentares e a vocação agrícola da comunidade. Sempre que houver a inclusão de um novo produto no cardápio, é indispensável a aplicação de testes de aceitabilidade;
- A responsabilidade técnica pela alimentação escolar nos Estados, no Distrito Federal, nos Municípios e nas escolas federais caberá ao nutricionista responsável, que deverá respeitar as diretrizes previstas na legislação pertinente, e, no que couber, dentro das suas atribuições específicas;
- Os cardápios da alimentação escolar deverão ser elaborados pelo nutricionista responsável com utilização de gêneros alimentícios básicos, respeitando-se as referências nutricionais, os hábitos alimentares, a cultura e a tradição alimentar da localidade, pautando-se na sustentabilidade e diversificação agrícola da região, na alimentação saudável e adequada;
- A aquisição dos gêneros alimentícios, no âmbito do PNAE, deverá obedecer ao cardápio planejado pelo nutricionista e será realizada, sempre que possível, no mesmo ente federativo em que se localizam as escolas, observando as diretrizes citadas acima;
- Do total dos recursos financeiros repassados pelo FNDE, no âmbito do PNAE, no mínimo 30% deverá ser utilizado na aquisição de gêneros alimentícios da agricultura familiar e do empreendedor familiar, priorizando os assentamentos da reforma agrária, as comunidades tradicionais indígenas e comunidades quilombolas. Atualmente, o valor repassado pela União, por dia letivo,

é de R\$ 0,22 por aluno de creches públicas e filantrópicas, de R\$ 0,22 por estudante do ensino fundamental e da pré-escola.

Compete aos Estados, ao distrito federal e aos Municípios, no âmbito de suas respectivas jurisdições administrativas, as seguintes atribuições, conforme disposto no § 1º do art. 211 da Constituição:

- I. garantir que a oferta da alimentação escolar se dê em conformidade com as necessidades nutricionais dos alunos, durante o período letivo, observando as diretrizes estabelecidas nessa Medida Provisória, bem como o disposto no inciso VII do art. 208 da Constituição;
- II. promover estudos e pesquisas que permitam avaliar as ações voltadas para a alimentação escolar, desenvolvidas no âmbito das respectivas escolas;
- III. promover a educação alimentar e nutricional, sanitária e ambiental nas escolas sob sua responsabilidade administrativa, com o intuito de formar hábitos alimentares saudáveis aos alunos atendidos, mediante atuação conjunta dos profissionais de educação e do responsável técnico de que trata o art. 11 desta Medida Provisória;
- IV. realizar, em parceria com o FNDE, a capacitação dos recursos humanos envolvidos na execução do PNAE e no controle social;
- V. fornecer informações, sempre que solicitado, ao FNDE, ao CAE, aos órgãos de controle interno e externo do Poder Executivo, a respeito da execução do PNAE, sob sua responsabilidade;
- VI. fornecer instalações físicas e recursos humanos que possibilitem o pleno funcionamento do CAE, facilitando o acesso da população;
- VII. promover e executar ações de saneamento básico nos estabelecimentos escolares sob sua responsabilidade, na forma da legislação pertinente;
- VIII. divulgar em locais públicos informações acerca do quantitativo de recursos financeiros recebidos para execução do PNAE;
- IX. prestar contas dos recursos financeiros recebidos à conta do PNAE, na forma estabelecida pelo Conselho Deliberativo do FNDE; e

- X. apresentar ao CAE, na forma e nos prazos estabelecidos pelo Conselho Deliberativo do FNDE, o relatório anual de gestão do PNAE.

Serviços de Saúde Escolar, Serviço Social e Psicológico

A Principal medida sugerida é a criação de mecanismos que facilitem a intersetorialidade e cooperação entre as Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Cultura, Promoção Social e Esportes e Lazer, para:

- Colaborar com a formação de uma equipe de saúde escolar;
- Promover discussões, seminários, apresentações e palestras nas escolas com profissionais da Secretaria da Saúde ou convidados externos;
- Desenvolver e aplicar questionário para coleta de informações a respeito da saúde dos estudantes (condições de saúde agudas e crônicas, tais como diabetes, asma, alergias, deficiências sensório-motoras e mentais), ao menos uma vez por ano; realizar triagens e encaminhamento dos casos de obesidade, asma, anemia, diabetes, distúrbios alimentares, alergias alimentares, carências nutricionais e que fazem uso de esteróides para as UBS;
- Elaborar e distribuir material educativo;
- Desenvolver políticas e currículo em Educação para a Saúde para as escolas;
- Colaborar com o planejamento de aulas e eventos especiais;
- Treinar e capacitar os funcionários da educação para a promoção da saúde e para situações emergenciais local.

Promoção da Saúde dos Funcionários

Considerando que esse módulo foi o que apresentou os menores níveis de implantação em 2005 e 2008, o mesmo deverá receber maior atenção por parte da comunidade escolar e gestores públicos. Assim, são sugeridas as seguintes ações:

- Avaliação anual da saúde dos funcionários, com acompanhamento do peso, estatura, composição corporal, pressão sanguínea, níveis de colesterol, glicemia, níveis de aptidão física;
- Promoção da alimentação saudável e atividade física entre os funcionários através de orientações, anúncios, artigos, eventos especiais, oficinas;
- Elaboração e implantação de:
 - Programas de aptidão e atividade física;
 - Programas de controle de peso e educação alimentar;
 - Programas de incentivo e recompensas;
 - Programas de controle do tabagismo nas escolas.

Participação e Envolvimento da Família e da Comunidade

No período de 2005 a 2008, notou-se uma diminuição da participação da família e da comunidade nas atividades escolares, conforme análise dos questionários aplicados nas EMEF. Assim, as medidas sugeridas devem:

- Garantir a participação da comunidade no planejamento, implantação e avaliação dos programas de atividade física e alimentação saudável na escola;
- Garantir a participação da comunidade no planejamento e avaliação das refeições e alimentos oferecidos nas escolas;
- Garantir acesso à comunidade aos recursos da escola, tais como quadras, pátios, teatros, etc;

- Oferecer oportunidades para a família e a comunidade adquirir conhecimento e informações adequadas através da:
 - Elaboração e distribuição de material educativo; de informativos a respeito dos programas e ações desenvolvidos na comunidade, escola, instituições privadas e demais secretarias do município;
 - Realização de atividades tais como: encontros, feiras, experimentação de alimentos, caminhada, torneios, etc.

Referências Bibliográficas

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). **Alimentação Escolar**. Disponível em: http://www.fnde.gov.br/home/index.jsp?arquivo=alimentacao_escolar.html . Acesso em: 14 março 2009.