

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

LUCIANA ALMEIDA COSTA

**POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR: UM ESTUDO DE CASO
DO PERFIL E DO ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES DO ENSINO
PÚBLICO ESTADUAL FUNDAMENTAL NA REGIÃO SUL DO ESTADO DO
ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA

2014

LUCIANA ALMEIDA COSTA

**POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR: UM ESTUDO DE CASO
DO PERFIL E DO ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES DO ENSINO
PÚBLICO ESTADUAL FUNDAMENTAL NA REGIÃO SUL DO ESTADO DO
ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profa. Dra Soraya Gama de Ataíde

VITÓRIA

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

Costa, Luciana Almeida, 1984-

C837p Política nacional de alimentação escolar : um estudo de caso do perfil e do estado nutricional de escolares do ensino público estadual fundamental na região sul do estado do Espírito Santo / Luciana Almeida Costa. – 2014.

68 f. il.

Orientadora: Soraya Gama de Ataíde.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Política nutricional 2. Alimentação escolar. 3. Obesidade. I. Ataíde, Soraya Gama. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36

LUCIANA ALMEIDA COSTA

**POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR: UM ESTUDO DE CASO
DO PERFIL E DO ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES DO ENSINO
PÚBLICO ESTADUAL FUNDAMENTAL NA REGIÃO SUL DO ESTADO DO
ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª, Soraya Gama de Ataíde
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora

Profº Drº, César Albenes da Cruz Mendonça
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Profª Drª, Gilsa Helena Barcellos
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Dedico este trabalho ao meu pai, pelo amor, carinho e incentivo para iniciar essa jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por mais essa conquista;

Agradeço minha mãe por todo o apoio e incentivo;

À Lucas pela compreensão nos momentos de ausência e ajuda imensa em diversos processos do trabalho

À minha Família pelo apoio e confiança durante essa jornada

À Prof^a Soraya Gama de Ataíde pela orientação, paciência e constante estímulo;

À toda equipe do mestrado da EMESCAM: professores, colegas de sala, coordenador e à Yára Musiello Barcellos;

À Prof Míriam Patrícia Castro Pereira Paixão que gentilmente dispôs do seu tempo para ler e contribuir com o trabalho;

À toda equipe da Secretaria de Estado da Educação que contribuiu com minha pesquisa e incentivo, em especial Camila, Giuliana, Ludimilla, Rosianny, Maria, Meirielle, Lívia, Débora, Patrícia, Vanessa e Letícia. Obrigada a todas!

À toda equipe da Escola Santa Cecília: diretora, secretárias, nutricionistas que auxiliaram na coleta de dados, professora de educação física e demais professores.

RESUMO

Diversos estudos apontam alto índice de sobrepeso e/ou obesidade em crianças. O objetivo do presente estudo foi analisar o perfil e o estado nutricional dos discentes, com idade entre 06 a 09 anos, pertencentes à escola estadual Santa Cecília no município de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo. Foram excluídos da pesquisa os alunos com menos de 06 anos e a partir de 10 anos e os alunos que não devolveram assinados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A análise do estado nutricional dos alunos foi realizada através da informação da data de nascimento, do sexo e posterior coleta da informação do peso e da altura. Para analisar a percepção dos responsáveis pelos alunos sobre a alimentação e o estado nutricional de seus dependentes foi desenvolvido um Grupo Focal, sendo selecionados 10 responsáveis de forma aleatória. Dos 173 alunos matriculados na escola selecionada para o presente estudo, 110 discentes devolveram o termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinado. Desses alunos, 87 indivíduos participaram da pesquisa, pois os demais possuíam idade igual ou superior a 10 anos. Observou-se eutrofia para a maioria das crianças (55 indivíduos, correspondendo 63,2% da amostra). Enquanto que o excesso de peso (soma da prevalência de sobrepeso, obesidade e obesidade grave) foi encontrado em 36,8% da população estudada (32 alunos). A classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) relacionado ao baixo peso não foi encontrada. Através do Grupo Focal foram obtidas informações acerca do hábito alimentar e prática de atividade física. Quanto ao consumo de alimentos no almoço e no jantar, observou-se que os entrevistados relataram que preparam hortaliças e verduras, contudo as crianças não ingerem esses alimentos e são bem seletivas. Com relação às atividades praticadas pelas crianças, as mais citadas foram assistir televisão e usar o computador. A questão da violência e insegurança influenciando na prática da atividade física também foi abordada pelos entrevistados. Outro ponto abordado pelos entrevistados foi a questão da autoestima das crianças relacionada ao sobrepeso e/ou obesidade. Destaca-se a importância de fornecer educação nutricional aos pais e aos alunos com o objetivo de melhorar o hábito alimentar e a prática de atividade física.

Palavras Chave: Política nutricional. Alimentação escolar. Obesidade.

ABSTRACT

Several studies show high rate of overweight and / or obesity in children. The aim of this study was to analyze the profile and the nutritional status of students, aged 06-09 years, from the state school Santa Cecilia in Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo. In the research were excluded students with less than 06 years and from 10 years and students who have not returned signed the Term of Consent. The nutritional status analysis of students was performed using information on the date of birth, sex and later collecting information on weight and height. To analyze the perceptions of those responsible for students on nutrition and the nutritional status of their dependents is was developed a focus group, 10 responsible person were random selected. Of the 173 students enrolled at the school selected for this study, 110 students returned the Term of Consent signed. Of these students, 87 individuals participated in the survey, because the other had aged 10 years. Eutrophic was observed for the majority of children (55 subjects, corresponding 63.2% of the sample). While excess weight (sum of the prevalence of overweight, obesity and severe obesity) was found in 36.8% of the study population (32 students). The classification of body mass index (BMI) associated with low weight was not found. Through the focus group information on the eating habits and physical activity were obtained. Regarding the consumption of food at lunch and dinner, it was observed that the interviewees reported that prepare vegetables, but the kids do not eat these foods and are very selective. Regarding the activities performed by children, the most cited were watching television and using the computer. The issue of violence and insecurity in influencing physical activity was also approached by the interviewees. Another point raised by interviewees was the issue of self-esteem of children related to overweight and / or obesity. The importance of providing nutrition education to parents and students in order to improve the eating habits and physical activity stands out.

Keywords: Nutrition policy. School feeding. Obesity.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Pontos de corte de peso para idade para crianças de 0 a 10 anos.....	35
Quadro 2 – Pontos de corte de estatura para idade para crianças de 0 a 10 anos.....	35
Quadro 3 – Pontos de corte de IMC para idade para crianças de 5 a 10 anos.....	36
Quadro 4 – Frequência de alunos por sexo.....	37
Quadro 5 – Distribuição da idade por sexo.....	37
Quadro 6 – Variáveis descritivas (peso, altura e IMC).....	38
Quadro 7 – Frequência da classificação através de peso para idade.....	38
Quadro 8 – Frequência das classificações nutricionais (IMC para idade).....	40
Quadro 9 – Distribuição da classificação do estado nutricional por sexo.....	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	12
3 CAPÍTULO I: POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DOS ANOS 90...	16
4 CAPÍTULO II: POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.....	23
5 CAPÍTULO III POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR.....	27
6 CAPÍTULO IV: PESQUISA DE CAMPO.....	31
6.1 A ESCOLA SANTA CECÍLIA NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO.....	31
6.2 PERFIL NUTRICIONAL: DISCENTES DA ESCOLA SANTA CECÍLIA.....	34
6.3 A PERCEPÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELOS DISCENTES: UMA REFLEXÃO SOBRE A ALIMENTAÇÃO COTIDIANA.....	41
6.3.1 Preferências de alimentos: discentes e responsáveis.....	43
6.3.2 Atividades físicas praticadas pelos discentes.....	46
6.3.3 A influência da alimentação na saúde das crianças.....	49
7 CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIAS.....	53
ANEXOS.....	58
ANEXO A – Carta de Anuência.....	59
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	60
ANEXO C – Ficha para coleta dos dados antropométricos.....	61
ANEXO D – Roteiro de perguntas do grupo focal.....	62
ANEXO E – Gráficos utilizados para análise do estado nutricional.....	63

1 INTRODUÇÃO

Segundo Cibeira, Kengeriski e Skonieski (2010), diversos estudos apontam alto índice de sobrepeso e/ou obesidade em crianças. A ocorrência do processo de transição nutricional deve ser avaliada para elaboração de políticas públicas para combate e prevenção de obesidade.

Vários fatores são importantes na gênese da obesidade, de acordo com Cibeira, Kengeriski e Skonieski (2010), os que poderiam explicar o crescente aumento do número de indivíduos obesos parecem estar mais relacionados às mudanças no estilo de vida e aos hábitos alimentares. O aumento do consumo de alimentos com alta densidade energética aliado a inatividade física são os principais fatores relacionados ao modo de vida no atual contexto de economia industrial. Estudos indicam que a obesidade infantil é inversamente relacionada à prática da atividade física regular e ao consumo de verduras, ressaltando ser o modo de vida um fator sobre o desenvolvimento do excesso de peso.

Conforme Bezerra e Sichieri (2011), mudanças nos padrões de aquisição e preparo de alimentos são fatores significativos no desenvolvimento da obesidade como no aumento do consumo de alimentos fora do domicílio. De acordo com Cibeira, Kengeriski e Skonieski (2010), o aumento das porções dos alimentos servidas em restaurantes, bares e supermercados também tem contribuído para a prevalência da obesidade infantil.

Os pais e/ou responsáveis pelas crianças exercem grande influência conforme nos mostra Mondini et al. (2007), o sobrepeso e a obesidade do responsável da criança ultrapassou 50% na área urbana e 60% na área rural em um estudo sobre a prevalência de sobrepeso e fatores associados em crianças ingressantes no ensino fundamental em um município de São Paulo.

Faria (2008) encontrou uma prevalência elevada de sobrepeso em um estudo realizado em Vitória/ ES com crianças de 7 a 10 anos. A autora concluiu que o sobrepeso em crianças dessa faixa etária no município de Vitória apresenta-se de forma epidêmica.

O modo de vida urbano impõe um ritmo de vida que reduz drasticamente o tempo disponível para o preparo do alimento, bem como intervém diretamente na escolha e no acesso aos alimentos, a exemplo do padrão fastfood de lanchonetes.

Um dos fatores que contribuiu para a escolha do tema foi a observação cotidiana de um número cada vez mais crescente de escolares com sobrepeso e até mesmo obesos.

Essa observação provoca a necessidade de um questionamento sobre os motivos de tais fenômenos.

Uma discussão importante que essa pesquisa possibilitou refere-se à transição nutricional vivida no país, a partir da década de 70, caracterizada pela diminuição progressiva da desnutrição e o aumento do excesso de peso, independente de idade, sexo ou classe social. (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010)

É fundamental a análise diagnóstica do estado de saúde e nutrição dos alunos através de levantamentos periódicos. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2013)

Foi utilizada a técnica grupo focal numa modalidade de estudo de caso que tem por objetivo o estudo intensivo de uma dada unidade social, visando aprofundar a descrição de determinados fenômenos ou situações típicas ou não usuais ou casos excepcionais (GODOY, 1995).

O objetivo do presente estudo foi realizar uma análise do estado nutricional dos discentes pertencentes à escola Santa Cecília no município de Cachoeiro de Itapemirim. Os objetivos específicos foram: caracterizar o aluno por série escolar e idade de acordo com as classificações do estado nutricional; identificar na discussão de políticas públicas ações articuladas envolvendo as áreas da Alimentação/Nutrição e Educação e, por último, analisar a percepção dos responsáveis pelos alunos sobre alimentação e estado nutricional de seus dependentes.

O trabalho está dividido da seguinte forma: no primeiro capítulo existe uma discussão sobre as políticas de saúde a partir da década de 90, ano que foi promulgada a Lei Orgânica de Saúde; no segundo capítulo foi realizada uma discussão acerca das políticas de alimentação e nutrição e a transição nutricional e

no terceiro capítulo uma discussão sobre a política de alimentação escolar. No quarto capítulo são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa de campo. Na conclusão são dispostos os objetivos alcançados através da revisão de literatura e análise dos dados coletados.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para atingir os objetivos dessa pesquisa foi realizado um estudo bibliográfico de obras nacionais e internacionais que discutem as seguintes temáticas: política de alimentação, saúde pública no Brasil, estado nutricional, desnutrição, obesidade infantil, segurança alimentar, entre outros com o objetivo de identificar políticas públicas que contemplem ações articuladas envolvendo as áreas da Alimentação/Nutrição e Educação. A pesquisa documental consistiu em análise de leis, decretos, documentos governamentais sobre política de saúde, de alimentação e nutrição e de alimentação escolar.

A pesquisa de campo foi dividida nas seguintes etapas descritas abaixo:

Para caracterizar o aluno por série escolar e idade foi necessário realizar visita em loco (escola selecionada), com a devida autorização da direção, para pesquisa nas fichas dos alunos arquivadas na instituição (ANEXO A);

O estudo foi realizado no município de Cachoeiro de Itapemirim, localizado no Estado do Espírito Santo, abrangendo a escola estadual Santa Cecília. A avaliação foi realizada com os discentes pertencentes à faixa etária entre 06 a 09 anos, portanto foram excluídos da pesquisa os alunos com menos de 06 anos e mais de 10 anos e os alunos que não desejaram participar do estudo.

Todos os alunos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que o responsável legal assinasse autorizando a coleta dos dados antropométricos. Somente participaram da coleta de dados antropométricos os alunos que entregaram o TCLE assinado (anexo B).

Para caracterizar a unidade escolar de acordo com as classificações do estado nutricional foi necessária a coleta pela pesquisadora com auxílio de duas nutricionistas e de uma professora de educação física em todos os alunos da escola que estão em idade escolar entre 06 e 09 anos referente ao 1º ao 5º ano no total de 173 alunos matriculados na Instituição, desse total, 110 discentes devolveram o TCLE.

Os dados coletados foram:

Antropométricos: peso e estatura de acordo com a ficha para coleta dos dados antropométricos presente no Anexo C, o interesse foi, dessa forma, realizar uma avaliação do peso para idade (P/I), Índice de Massa Corporal (IMC) para idade (IMC/I) e estatura para idade (E/I), classificando assim o estado nutricional da criança.

Para a aferição do peso da criança foi utilizada uma balança da marca Tanita® e para a aferição da estatura foi utilizado um estadiômetro da marca Altuxata®. Os alunos foram pesados e medidos descalços e apenas com o uniforme da escola. Para a medida do peso, as crianças foram dispostas no centro da balança, com os braços estendidos ao lado do corpo e o olhar fixo a sua frente. Para a aferição da altura, as crianças estavam de cabelo solto e com a cabeça, nádegas e calcanhares junto ao estadiômetro, com o olhar fixo a sua frente. Com o objetivo de minimizar qualquer constrangimento durante a tomada das medidas antropométricas, os dados foram obtidos na própria escola, em uma sala privativa. Para a avaliação do estado nutricional dos alunos foram utilizados os critérios propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2007. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009; BRASIL, 2011).

Os dados coletados foram lançados na Plataforma Estatística SPSS 20, onde foi possível obter os resultados detalhados (frequência, porcentagem, média, desvio padrão, número máximo e número mínimo) em forma de quadros sendo apresentados os cruzamentos de dados, como também uma análise reflexiva dos resultados encontrados.

Para analisar a percepção dos responsáveis pelos alunos sobre a alimentação e o estado nutricional de seus dependentes foi desenvolvido um Grupo Focal, que foi aplicado seguindo os passos abaixo:

Diante do resultado dado pelo programa estatístico SPSS 20 verificou-se quantos alunos estavam acima do peso ou abaixo do peso (que varia de acordo com a altura, o peso e a idade do sujeito). O Grupo Focal foi realizado com o maior índice encontrado, no caso, dos 173 alunos matriculados, 110 discentes devolveram o TCLE. Desse total, 87 sujeitos estava entre 6 a 09 anos. Diante disso, dos 87 alunos que estão dentro da faixa etária estipulada pela pesquisa 20,69% estão com

sobrepeso, 10,34% com obesidade e 5,75% estão com obesidade grave, portanto, têm-se 36,78% dos alunos entre 6 a 10 anos na Escola Santa Cecília, em Cachoeiro de Itapemirim, acima do peso recomendado. Dentre os 32 alunos (36,78% acima do peso) 10 responsáveis por esses discentes foram convidados para participarem do grupo focal de forma aleatória.

Para incentivar a participação no Grupo Focal, esses responsáveis foram convidados a participar de um evento (Roda de Conversa sobre Alimentação e Nutrição Infantil). Após confirmação dos responsáveis para o Grupo Focal, o próximo passo foi reservar uma sala na própria escola para realizar essa atividade. No dia do Grupo Focal os responsáveis receberam crachá com seus nomes e foram apresentados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido assinados, previamente, na ocasião da coleta dos dados antropométricos, para leitura e esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa.

O Grupo Focal teve duração de aproximadamente 1 hora com a discussão de 10 perguntas (roteiro de perguntas para o grupo focal- anexo D). Toda a discussão foi gravada com a devida autorização dos presentes (TCLE). Após a finalização do Grupo Focal, o gravador foi desligado e deu-se início a Roda de Conversa com duração de 20 minutos e um lanche para a finalização do trabalho.

Após a realização do Grupo Focal as gravações foram transcritas na íntegra e depois tratadas com base na técnica de análise de conteúdo:

[...] que é um conjunto de instrumentos metodológicos que têm como fator comum uma interpretação controlada, baseada na inferência. Esse conjunto de técnicas de análise visa a obter, por meio de procedimentos sistemáticos, indicadores quantitativos ou qualitativos que permitam a inferência de conhecimentos relativos à produção/recepção de mensagens. Trata-se, em última instância, de um esforço de interpretação que oscila entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade (CASTRO; SARRIERA, 2011, p.816).

Após a defesa da Dissertação, os resultados serão apresentados aos pais, aos professores e à diretora da Escola. Também estão previstas atividades de educação nutricional com todos os alunos, observando a necessidade individual conforme a classificação do estado nutricional. Serão utilizados como método de ensino ações utilizando a Pirâmide dos Alimentos (um guia para alimentação saudável) e um kit dedoches de espuma para apresentação de um Mini Teatro, além de atividades

educativas (jogo da memória, caça palavras e atividade de colorir envolvendo o tema). Para os pais serão ministradas palestras sobre alimentação saudável.

3 CAPÍTULO I: POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DOS ANOS 90

Conforme Noronha, Lima e Machado (2008), o Sistema Único de Saúde (SUS), modelo público brasileiro de ações e serviços de saúde, é orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional contribuindo para uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito. A implantação desse sistema teve início no começo da década de 90, após a promulgação da Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, complementada pela Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990.

Segundo Rosemberg (2013), a evolução da história das políticas de saúde não pode ser dissociada da evolução político social e econômica da sociedade brasileira, ou seja, para a compreensão da trajetória é necessário entender o contexto nesses momentos históricos. Em nosso sistema capitalista, a saúde não era tratada como prioridade. Historicamente, ela só foi alvo de atenção dos governantes quando as grandes epidemias acometiam os trabalhadores, ameaçando a economia do país.

Escorel, Nascimento e Edler (2005) afirmam que o golpe militar de 1964 encerrou a curta experiência democrática que acontecia no país sob duas alegações: restaurar a ordem social e política e desenvolver a economia. A restauração da ordem ocorreu através da repressão e o desenvolvimento da economia através da exclusão econômica de grandes parcelas da população. Os militares permaneceram no poder até 1985.

De acordo com Escorel, Nascimento e Edler (2005), o sistema de saúde brasileiro implantado no período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias. A supressão do debate sobre alternativas políticas foi um dos fatores que permitiu que o governo militar implantasse reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. Todas as contribuições previdenciárias se concentravam no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que se constitui na unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). O INPS passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, excluindo desse modo os trabalhadores rurais e trabalhadores informais. A carência de recursos

favorecia o quadro de penúria e decadência gerando graves consequências para a saúde da população.

Segundo Teixeira (2006), no início dos anos 70 acentuaram-se as seguintes tendências relacionadas ao sistema de saúde e sua organização: extensão da cobertura previdenciária, reorientação da política de saúde com objetivo de atender com caráter curativo e individual, organização da prática médica orientada em termos da lucratividade e a expansão da base tecnológica da rede de serviços. Porém, ao final da década, este modelo não atendia à realidade sanitária do país, pois, a prática curativa não era capaz de alterar o perfil de morbi-mortalidade, para a compra de serviços aos hospitais privados não haviam critérios compatíveis com as demandas, além da fragmentação em dois ministérios responsáveis pela política de saúde, que reduzia a eficácia e eficiência da ação governamental.

Teixeira (2006) afirma que essas contradições foram acentuadas pela crise financeira da Previdência Social ocorrida no início dos anos 80. Entretanto o processo de redemocratização trouxe novas exigências para equidade e justiça social na implementação das políticas públicas.

De acordo com Neto (2003), a necessidade de uma resposta técnica às pressões sociais e políticas ocasionou a criação de mecanismos de coordenação interministerial incluindo técnicos dos Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS), da Saúde (MS) e da Educação e Cultura (MEC), além de Secretarias Estaduais de Saúde, do Instituto de Planejamento Econômico e Social da Secretaria de Planejamento da Presidência da República e da Organização Pan-Americana de Saúde. Esse grupo técnico foi responsável pela elaboração do Prevsauúde que consiste em um programa de serviços básicos de saúde. Contudo, houveram resistências e pressões contra o Prevsauúde, que levou ao engavetamento desse programa.

Conforme Neto (2003), a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, foi planejada como instrumento do processo de elaboração do novo Sistema Nacional de Saúde. Essa conferência pode ser considerada o evento mais significativo no processo de construção do modelo público de saúde atual. Nesse evento o Movimento Sanitário teve um papel decisivo na organização e condução

das conferências. A Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) também teve papel de destaque. A ABRASCO ainda realizou em julho desse ano uma reunião que levou à criação de uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). A CNRS elaborou uma proposta para a nova Constituição e um projeto para a nova Lei do Sistema Nacional Único de Saúde.

A Constituição da República Federativa do Brasil foi promulgada no dia 05 de Outubro de 1988. Noronha, Lima e Machado (2008) enfatizam que o conteúdo ideológico do Capítulo II – Da Seguridade Social presente no Título VIII – Da Ordem Social demonstra a preocupação com o bem-estar, a igualdade e a justiça na sociedade. Na Seção II – Da saúde, situado no capítulo mencionado acima, a Constituição afirma no artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 58)

Conforme Vasconcelos e Pasche (2012), a Constituição de 1988 rompeu com o padrão anterior de política social que era caracterizado pela exclusão de uma grande parcela da população.

A Lei 8.080 de Setembro de 1990 “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organizações e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” (BRASIL, 1990a, p. 1)

Vasconcelos e Pasche (2012) afirmam que a base para a efetivação da política de saúde no Brasil é o Sistema Único de Saúde (SUS), que promove a viabilização dos princípios e diretrizes desta política.

Segundo Noronha, Lima e Machado (2008), os principais princípios e diretrizes do SUS são: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, igualdade na assistência à saúde, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie, integralidade na assistência e a participação da comunidade.

O princípio da universalidade assegura o direito de toda a população para obtenção das ações e serviços que necessitam, independentemente da complexidade, custo e natureza dos serviços. O acesso sem discriminação altera a situação anterior em

que o acesso era somente aos contribuintes da Previdência Social. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; VASCONCELOS; PASCHE, 2012)

A igualdade na assistência à saúde reitera que não deve existir distinção no acesso aos serviços devido os indivíduos pertencerem a grupos diferentes (renda, religião ou gênero, por exemplo). (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008)

A integralidade infere considerar um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços com o objetivo de garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação individual e coletiva. Esse princípio também pressupõe a ampliação da abordagem ao indivíduo, considerando, além da dimensão biológica, as dimensões sociais e psicoafetivas. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; VASCONCELOS; PASCHE, 2012)

De acordo com Noronha, Lima e Machado (2008), a participação da comunidade é a garantia de que a população tenha a oportunidade de participar do processo de formulação da política de saúde.

A Lei 8.142 de Dezembro de 1990 “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de saúde (SUS) e sobre as transparências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.” (BRASIL, 1990b, p. 1)

Conforme Brasil (1990b), o Sistema Único de Saúde (SUS) contará com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de saúde e o Conselho de Saúde.

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo poder Executivo ou, extraordinariamente por esta ou pelo Conselho de Saúde. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990b, p. 1)

“O SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistências. É um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações

promocionais e de prevenção com as de cura e reabilitação.” (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, p. 561)

Vasconcelos e Pasche (2012), afirmam que as diretrizes organizativas têm por objetivo a efetividade do funcionamento do sistema. As diretrizes organizativas são a descentralização, a regionalização e a hierarquia dos serviços. A descentralização é a mudança mais significativa no aspecto político-administrativo.

De acordo com Noronha, Lima e Machado (2008), a descentralização com comando único exige que governos estaduais e os municípios tenham maior responsabilidade e autonomia para gerir os serviços oferecidos. Com a descentralização existe democracia no processo de decisão considerando a realidade de cada comunidade.

A ideia de hierarquização visa ordenar o sistema de saúde por níveis de complexidade e estabelecer fluxos assistenciais. E a regionalização busca distribuir os recursos assistenciais considerando a distribuição da população no território. Respeitando essas duas diretrizes, em um nível mais básico estariam os serviços dotados de tecnologias e mão de obra para realizar os procedimentos mais necessários e frequentes sendo distribuídos mais amplamente no território nacional, enquanto que em um nível mais especializado estariam localizados os serviços e procedimentos menos frequentemente necessários. Seguindo essas diretrizes é possível evitar a ociosidade, conseguindo assim evitar custos desnecessários. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; VASCONCELOS; PASCHE, 2012)

Conforme Brasil (1990a), para a articulação das políticas e programas de interesse para a saúde, seriam criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e por entidades representativas da sociedade civil.

A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades: alimentação e nutrição, saneamento e meio ambiente, vigilância sanitária e farmacoepidemiologia, recursos humanos, ciência e tecnologia, e saúde do trabalhador. (BRASIL, 1990a, p. 4)

Observa-se no artigo 13 que a alimentação e a nutrição estavam entre as políticas e programas de interesse para a saúde com necessidade de articulação, através das

comissões intersetoriais, devido a execução das mesmas envolverem áreas não compreendidas no âmbito do SUS.

A lei 8.080 define as atribuições de cada esfera de governo. A direção do SUS é única nos níveis nacional, estadual e municipal. Existem quatro grandes grupos de funções gestoras: formulação de políticas e planejamento, financiamento, regulação e prestação direta de ações e serviços de saúde. Cada uma dessas funções engloba uma série de atividades específicas sendo diferenciada pelos três níveis. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008)

Noronha, Lima e Machado (2008), afirmam que o sistema de saúde brasileiro é caracterizado pela existência de atribuições comuns e concorrentes entre as três esferas sem padrões de autoridade e responsabilidade claramente delimitados, porém de forma geral podemos concluir que os três gestores participam do planejamento do SUS e da formulação das políticas, são responsáveis pela realização de investimentos visando à redução da desigualdade e fazer avaliações buscando controle. As principais responsabilidades no âmbito nacional (Ministério da Saúde) são a normatização e coordenação do SUS, além de oferecer cooperação técnica e financeira. As principais responsabilidades no âmbito estadual são o planejamento do sistema regionalizado e cooperação técnica e financeira. E a responsabilidade no âmbito municipal é a gestão do sistema no seu território através do gerenciamento e a execução dos serviços.

De acordo com Andrade, Santos e Ribeiro (2013), as normas operacionais, aprovadas através da edição de portarias ministeriais, permitiu a implantação e a implementação administrativo-sanitária do SUS. A primeira Norma Operacional Básica (NOB) é a NOB 01/91 que recebeu críticas devido o distanciamento do conceito da lei 8.080/90. O Ministério da Saúde elaborou a NOB 01/92, que originou a NOB 01/93. Esta última norma definiu procedimentos com o objetivo de ampliar e melhorar as condições de gestão (direção única do SUS em cada esfera de governo), avançando no sentido da descentralização.

A NOB01/96 buscou a plena responsabilidade do poder público municipal visando aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde e a organização do sistema. O município

passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades da população. (BRASIL, 1996)

Andrade, Santos e Ribeiro (2013) afirmam que foram criadas duas categorias de gestão municipal: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal. Devido à dificuldade de municípios menores, foi necessária uma política que ampliasse a cobertura das ações e serviços para além dos limites do município. Esses fatos originaram as Normas de Assistência à Saúde (NOAS), em substituição às NOB, pelo Ministério da Saúde. As NOAS são: NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002. As NOAS visaram promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população aos serviços de saúde.

Conforme Andrade, Santos e Ribeiro (2013), no Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, realizado em Natal (RN) em Março de 2004, os secretários municipais de saúde indicaram a necessidade de criação de um pacto interfederativo que respeitasse a autonomia das esferas de governo entre outras demandas.

O Pacto pela Saúde “pretende estabelecer um novo patamar na forma de financiamento, definição de responsabilidades, metas sanitárias e compromissos entre os gestores da saúde [...]” (ANDRADE; SANTOS; RIBEIRO, 2013, p. 488)

Andrade, Santos e Ribeiro (2013) afirmam que a principal mudança no financiamento consiste na alocação dos recursos federais em cinco blocos: atenção básica (primária), atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS. Porém uma das deficiências desse pacto foi não ter alterado a estrutura do relacionamento do Ministério da Saúde com demais entes subnacionais, além da regionalização não ter sido tratada de maneira adequada com a consequência dos entes federativos não alcançarem a equidade regional.

4 CAPÍTULO II: POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Conforme Ministério da Saúde (2012), a alimentação e nutrição estão presentes na legislação brasileira, com destaque para a lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990, que considera a alimentação como um fator condicionante e determinante da saúde. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi aprovada no ano de 1999 e representa os esforços do Brasil, que por meio de um conjunto de políticas públicas tem como propósito respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação, através da melhoria das condições de alimentação e nutrição da população do país.

Arruda e Arruda (2007) afirmam que a partir do inquérito promovido por Josué de Castro sobre as condições de vida das classes operárias em 1933, que revelou a ocorrência de déficit calórico e de nutrientes, o Departamento Nacional de Saúde Pública apoiou e motivou o desenvolvimento de novas pesquisas sobre a situação alimentar em Pernambuco. Josué de Castro revelou o problema da fome no Brasil regionalmente visando buscar o conhecimento científico a serviço da ação política e da defesa das classes populares.

Segundo Arruda (1997), Josué de Castro conduziu um estudo sobre alimentação dentro dos princípios geográficos. Foi realizada uma análise regional do problema da alimentação considerando os hábitos alimentares da população. Seu objetivo era estudar globalmente o tema da fome e seus múltiplos fatores.

Castro (2011) afirma que o objetivo do seu estudo foi de analisar o fenômeno da fome coletiva, da fome atingindo endêmica ou epidemicamente a população. O fenômeno da fome oculta é mais frequente e mais grave em suas consequências, pois o indivíduo está permanentemente em falta de determinados elementos nutritivos. Dessa forma, grupos inteiros de populações morrem lentamente de fome, apesar de se alimentarem todos os dias.

Arruda (1997) ressalta que Josué de Castro conseguiu consolidar uma geografia mais crítica envolvendo as preocupações políticas e histórico-sociais.

Castro (2011) concluiu em seu estudo que o país ainda não havia se libertado da fome e da subnutrição, apesar da estrutura econômica brasileira estar bem integrada e próspera no setor da indústria. Os baixos índices de produtividade agrícola e os insuficientes meios de transporte e de armazenagem dos produtos são fatores de um abastecimento alimentar insuficiente e inadequado às necessidades alimentares da população. A inflação dos preços dos produtos alimentícios e a baixa capacidade de compra, principalmente na zona rural, também são fatores do abastecimento alimentar insuficiente.

Castro (2011) ainda ressalta que a alimentação da população brasileira é imprópria em toda a extensão do território nacional, sendo caracterizada pela fome (fome epidêmica e subnutrição crônica).

Segundo Arruda e Arruda (2007), em agosto de 1940 foi criado o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) com o objetivo de propiciar instalações e condições para a alimentação adequada aos trabalhadores, fornecer alimentos a preços acessíveis, além de promover a educação alimentar aos familiares dos trabalhadores. No início dos anos 70 houve discussões sobre a influência da nutrição como objetivo do desenvolvimento. Em 1972 criou-se o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) como autarquia vinculada ao Ministério da Saúde com o objetivo de participar da formulação da política nacional de alimentação e nutrição, além de elaborar e propor o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN).

Em março de 1973 foi instituído o I PRONAN abrangendo 12 subprogramas com vigência até 1974. Em 1976 houve a aprovação do II PRONAN com vigência correspondente ao II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) que se revelou inovador ao conceber a desnutrição como uma doença social. As diretrizes do II PRONAN levaram a consolidação dos seguintes programas: Programa de Nutrição em Saúde (PNS), Programa de Alimentos Básicos em Áreas de Baixa Renda (PROAB), Programa de Racionalização da Produção de Alimentos Básicos (PROCAB), Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, Programa de Combate às Carências Específicas, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Programa de Alimentação Escolar (PNAE), Programa de Complementação Alimentar

(PCA) e Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), sendo os três últimos programas dependentes de outros órgãos. (ARRUDA e ARRUDA, 2007)

Na década de 70, houve o início do processo de transição nutricional, caracterizada pela diminuição progressiva da desnutrição e o aumento do excesso de peso, independente de idade, sexo ou classe social. Conforme Batista Filho e Rissin (2003), a transição nutricional é caracterizada por 4 etapas: redução significativa do kwashiorkor ou desnutrição edematosa, aguda e grave; desaparecimento do marasmo nutricional; aparecimento do sobrepeso/ obesidade; e a correção do déficit estatural. Um fato relevante é que o declínio da desnutrição não significou também redução no quadro das anemias.

Batista Filho e Rissin (2003) afirmam que as mudanças registradas nos indicadores do estado nutricional decorrem de vários fatores como a declínio significativo da natalidade, a melhoria do saneamento básico, a proteção contra as doenças infecciosas, o aumento do nível de escolaridade das mães e as modificações nos padrões de consumo alimentar.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) realizou uma pesquisa que confirma essa transição nutricional, pois a prevalência de excesso de peso encontrada foi de 25% a 30% nas regiões Norte e Nordeste no país, que equivale mais do que cinco vezes a prevalência do déficit de peso nas mesmas regiões. Nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste a prevalência encontrada foi de 32% a 40%, que equivale mais do que dez vezes a prevalência do déficit de peso nas mesmas regiões.

Batista Filho e Rissin (2003) concluem que as ações setoriais de saúde ainda não possuem o nível de eficácia para responder os desafios do cenário atual. Essa consideração reforça a necessidade de estudos afim de estruturar a política.

A elaboração da Política Nacional de Alimentação e Nutrição foi iniciada em 1997 e seu texto final foi apresentado e discutido em seminário patrocinado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A garantia do direito humano à alimentação e nutrição ultrapassa os limites do setor de saúde necessitando de articulação com outros setores governamentais. (ARRUDA e ARRUDA, 2007)

Conforme o Ministério da Saúde (2012), as diretrizes do PNAN indicam as linhas de ações para alcançar seus objetivos. As diretrizes são: organização da atenção nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável, vigilância alimentar e nutricional, gestão das ações de alimentação e nutrição, participação e controle social, qualificação da força de trabalho, controle e regulação dos alimentos, pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição e cooperação e articulação para a segurança alimentar e nutricional.

Segundo Arruda e Arruda (2011), a realização da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, em março de 2004 proporcionou discussões sobre o tema que levou à aprovação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional em 15 de setembro de 2006.

A Lei Orgânica, citada acima, cria o SISAN (Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional), definindo a segurança alimentar e nutricional:

[...] consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. (BRASIL, 2006)

De acordo com Arruda e Arruda (2011), outro marco na política de alimentação foi em junho de 2009, quando foi sancionada a lei 11.947, que estabelece as novas diretrizes e modalidades de implementação do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).

5 CAPÍTULO II: POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), fundado na década de 1950, garante, através da transferência de recursos financeiros, a alimentação escolar dos alunos de toda a educação básica (educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos) matriculados em escolas públicas. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2012; TEO; MONTEIRO, 2012)

De acordo com Ministério da Educação (2013), os usuários do sistema são todos os alunos matriculados na educação básica das seguintes redes públicas: federal, estadual, distrital e municipal de acordo com o Censo Escolar do exercício anterior.

O objetivo desse programa, segundo o Ministério da Educação (2013), é contribuir para o crescimento e o desenvolvimento biopsicossocial, o rendimento escolar e a formação de práticas alimentares saudáveis, através da oferta de refeições que atendam as suas necessidades nutricionais dos alunos no decorrer do período letivo.

O PNAE tem como princípios e diretrizes promover a alimentação saudável e adequada, o respeito à cultura, às tradições e aos hábitos alimentares, o controle social, a segurança alimentar e nutricional e o desenvolvimento sustentável, ou seja, adquirir alimentos diversificados e produzidos localmente. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2012, p. 26)

Sturion et al. (2005) afirmam que a forma de gestão desse programa era a centralizada até 1993. Nessa forma de gestão ocorriam diversas anomalias como a inadequação dos cardápios quanto ao atendimento dos hábitos alimentares dos alunos, além da irregularidade na oferta da alimentação.

Conforme Muniz e Carvalho (2007), o PNAE funciona de forma descentralizada desde 1994. A proposta foi de permitir uma maior regularização no fornecimento da alimentação, incentivar a economia local e regional, adequar o cardápio conforme hábitos alimentares e estimular a participação da comunidade.

Segundo Sturion et al. (2005), o programa é coordenado nacionalmente pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), do Ministério da Educação

(MEC). O FNDE é responsável pelo repasse dos recursos financeiros para aquisição de alimentos. Os estados e municípios complementam estes recursos para os gêneros alimentícios e para os custos operacionais. Os autores concluem que a descentralização proporcionou mudanças significativas na operacionalização do PNAE que se refletem na melhoria da qualidade dos serviços.

Conforme Conselho Federal de Nutricionista (2010), uma das atividades técnicas que compete ao nutricionista é realizar o diagnóstico e o acompanhamento do estado nutricional dos alunos. Outra atividade é propor e realizar ações de educação nutricional para os alunos e pais.

Conforme Ministério da Educação (2012), existem 3 formas de gestão do PNAE pela entidade executora: centralizada, descentralizada e mista. Na forma descentralizada o município ou estado repassa o recurso para a escola, que fica responsável pela aquisição dos gêneros alimentícios; na forma centralizada, a entidade executora compra os gêneros alimentícios e realiza a distribuição nas unidades escolares; e na gestão mista é quando ocorre concomitantemente das duas formas descritas acima.

Os cardápios da alimentação escolar deverão ser elaborados pelo responsável técnico (RT), com utilização de gêneros alimentícios básicos, de forma que sejam respeitadas as referências nutricionais exigidas, os hábitos alimentares da região, a cultura alimentar da população e considerando a sustentabilidade, sazonalidade dos gêneros e diversificação agrícola da região. A alimentação saudável e adequada também deve ser considerada na elaboração desses cardápios. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2013)

Os cardápios deverão ser elaborados para atender, em média, às necessidades nutricionais estabelecidas, com o objetivo de suprir:

I – no mínimo 30% (trinta por cento) das necessidades nutricionais, distribuídas em, no mínimo, duas refeições, para as creches em período parcial;

II – no mínimo 70% (setenta por cento) das necessidades nutricionais, distribuídas em, no mínimo, três refeições, para as creches em período integral, inclusive as localizadas em comunidades indígenas ou áreas remanescentes de quilombos;

III – no mínimo 30% (trinta por cento) das necessidades nutricionais diárias, por refeição ofertada, para os alunos matriculados nas escolas localizadas em comunidades indígenas ou em áreas remanescentes de quilombos, exceto creches;

IV – no mínimo 20% (vinte por cento) das necessidades nutricionais diárias quando ofertada uma refeição, para os demais alunos matriculados na educação básica, em período parcial;

V – no mínimo 30% (trinta por cento) das necessidades nutricionais diárias, quando ofertadas duas ou mais refeições, para os alunos matriculados na educação básica, exceto creches em período parcial; e

VI – no mínimo 70% (setenta por cento) das necessidades nutricionais, distribuídas em, no mínimo, três refeições, para os alunos participantes do Programa Mais Educação e para os matriculados em escolas de tempo integral. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2013, p. 08-09).

De acordo com Ministério da Educação (2013), é proibida a aquisição de bebidas com baixo valor nutricional (por exemplo: refrigerantes, refrescos artificiais, bebidas ou concentrados à base de xarope de guaraná ou groselha e chás prontos para consumo). A aquisição de determinados alimentos é restrita. Esses alimentos são: enlatados, embutidos, doces, alimentos compostos, preparações semiprontas ou prontas para o consumo, ou alimentos concentrados. Para a aquisição dos alimentos restritos (citados acima) o limite dos recursos financeiros repassados pelo FNDE é de 30% (trinta por cento).

Para a aquisição de gêneros alimentícios provenientes diretamente da Agricultura Familiar e do Empreendedor Familiar Rural ou suas organizações, deve ser utilizado no mínimo 30 % do total dos recursos financeiros repassados pelo FNDE, referente ao PNAE. Os assentamentos da reforma agrária, as comunidades tradicionais indígenas e comunidades quilombolas devem ser priorizados. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2013).

O fornecimento de produtos provenientes da agricultura familiar aos alunos, através da alimentação escolar, proporciona o desenvolvimento econômico regional, a valorização dos produtores familiares, além de viabilizar a continuidade da produção familiar por meio da garantia da venda dos gêneros produzidos. O incentivo à organização, cooperação e formalização dos agricultores é outro ponto positivo

relacionado ao encontro da Agricultura Familiar e o PNAE. Para a alimentação escolar também existem diversos benefícios, como por exemplo, a compra de alimentos da agricultura familiar preservando as tradições alimentares locais e da produção com baixo impacto ambiental, relacionamento direto com o produtor; e, a integração da agricultura familiar com a educação. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2012)

O CAE (Conselho de Alimentação Escolar) é um órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo e de assessoramento, instituído nos âmbito de atuação do PNAE. Esse conselho é constituído por 7 representantes titulares: 1 representante indicado pelo Poder Executivo; 2 representantes da área da educação (por exemplo, professores, estudantes maiores de 18 anos e trabalhadores do setor), porém é obrigatória a presença de, pelo menos, 1 professor; 2 representantes de pais de alunos indicados pelo conselho escolar; 2 representantes indicados por entidades civis (por exemplo. Associação de moradores, igrejas...). Cada membro deve ter um suplente do mesmo seguimento. O CAE deve acompanhar a execução do PNAE desde o recebimento do recurso até a prestação de contas. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2012).

6 CAPITULO III: PESQUISA DE CAMPO

O estudo foi realizado em uma escola pública estadual, no município de Cachoeiro de Itapemirim, localizado no estado do Espírito Santo, na região sudeste do Brasil.

6.1 A ESCOLA SANTA CECÍLIA NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

Conforme Cachoeiro de Itapemirim (2014), a história do município de Cachoeiro de Itapemirim, localizado na região sul do Espírito Santo, teve início no ano de 1812, quando o donatário da capitania do Estado, Francisco Alberto Rubim, desenvolveu o povoamento no Estado. Os grandes latifundiários dominavam a região de Itapemirim.

O início da transformação ocorreu durante a década de 1950. De um lado do rio existiam 20 fazendas de açúcar, desenvolvidas a vapor. Essas fazendas abasteciam toda a província e exportava para o Rio de Janeiro os seguintes produtos aguardente e açúcar. A primeira casa construída em Cachoeiro de Itapemirim foi de Manoel de Jesus Lacerda em 1846, após essa construção, surgiram as primeiras casas comerciais no centro da Vila próxima a antiga matriz do Senhor dos Passos, sede da freguesia de São Pedro de Cachoeiro de Itapemirim. (CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, 2014)

Até meados do século XIX, o povoamento deste território e suas imediações tiveram pouco desenvolvimento pois, ainda, iniciava-se a expansão cafeeira mineiro-fluminense na região. Na realidade o seu povoamento ocorreu nas primeiras décadas do século XVIII pela incansável busca de ouro em Castelo, situadas no alto curso da bacia do Rio Itapemirim em afluentes o Rio Castelo. Entretanto, mesmo sendo o ouro a base da economia naquele momento, foi o café o grande responsável pelo crescimento desta região. Com a expansão da Companhia de Jesus (a ordem que congregava os Jesuítas), no tempo do Marquês de Pombal, o surgimento de povoamento foi de curta duração. (CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, 2014)

Geograficamente, o acesso à região era difícil, caracterizada como região montanhosa e coberta de florestas fechadas. Essas características contribuíram para que até o século XIX essa região ficasse desconhecida e de posse dos nativos. Cachoeiro de Itapemirim era entreposto de comercialização dos produtos

agrícolas, tornando-se centro urbano, com funções mais diversificadas com a chegada do café. (CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, 2014)

“O processo de expansão agrícola, liderado pelo café, iniciou-se através dos desmatamentos das florestas para a formação dos cafezais, seguindo o curso do Rio Itapemirim, vindos do Rio e de Minas.” (CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, 2014)

Em 1912 foi implantado o ramal de extensão da Rede Ferroviária Leopoldina com o objetivo de permitir o escoamento da produção cafeeira. A ferrovia era ligada ao Estado de Minas Gerais e ao Município de Castelo e o porto Itapemirim também era utilizado. As atividades pecuária e leiteira substituíram a atividade cafeeira que estava em decadência. Em 1934 foi criada a Cooperativa de Laticínio (SELITA), antecedida pela fundação do Sindicato Rural dos Lavradores e Criadores. Essa cooperativa foi fundamental para que a pecuária se transformasse em base de apoio para a economia do Sul do Espírito Santo. Apesar de a atividade pecuária predominar, também surgiram técnicas mais avançadas relacionada à cafeicultura através do apoio de órgãos federais. (CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, 2014)

Sua situação geográfica favoreceu também a implantação de indústrias devido à facilidade dos meios de transporte, além das condições naturais propícias. Inicialmente as primeiras indústrias eram estatais e com maquinários importados, onde algumas chegaram a funcionar e outras foram passadas para iniciativa privada. Os dados do censo demonstraram que até 1960, o crescimento desse setor foi lento, porém gradual. Mas, de 1960 a 1970 o incremento foi bem maior no que diz respeito ao número de estabelecimentos que surgiram, número de pessoal ocupado e o valor das transformações industriais. A partir da década de oitenta até os dias de hoje, o ramo de maior desenvoltura na economia Municipal é de extração de minerais, classificando o município de: Capital do Mármore e Granito. (CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, 2014)

Atualmente, o município de Cachoeiro de Itapemirim é o núcleo urbano mais importante da região sul do Estado do Espírito Santo. Esse município polariza nos aspectos econômicos e políticos um conjunto de 20 municípios, formando a região macro sul, onde residem 15,7% da população capixaba, ocupando 17,7% do território estadual. (CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, 2014)

Quanto ao diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional das crianças desse município, o setor de Alimentação Escolar municipal de Cachoeiro de Itapemirim realiza levantamentos anuais acerca do perfil nutricional dos discentes municipais. Os professores de educação física realizam a coleta dos dados nas escolas e

informam ao setor os dados obtidos. Os nutricionistas tabulam e avaliam esses dados e elaboram estratégias, através da educação nutricional com os alunos, para garantir saúde e qualidade de vida às crianças.

A escola estadual de ensino fundamental selecionada para participar do presente estudo encontra-se localizada no bairro Santa Cecília, no município de Cachoeiro de Itapemirim-ES. Essa unidade escolar foi fundada no ano de 1991 com o objetivo de atender à população do bairro Santa Cecília e adjacências. O nome SANTA CECILIA foi dado em homenagem a uma menina que faleceu aos 15 anos, que era filha do dono das terras onde a escola foi construída. Antigamente, antes do loteamento, a área era de uma grande fazenda.

A escola funciona nos turnos matutino e vespertino e atendem alunos do 1º ao 5º ano do ensino fundamental. 173 alunos estão matriculados nessa unidade escolar, sendo 98 indivíduos no turno matutino e 75 no turno vespertino.

Existem 5 turmas no turno matutino compreendendo uma turma para cada ano (1º ao 5º). Já no turno vespertino existem 4 turmas (1º, 2º, 4 e 5º ano).

A equipe escolar é composta por professores, agentes de suporte educacional, coordenadora, pedagoga e diretora, totalizando 30 funcionários. Duas empresas terceirizadas possuem funcionárias trabalhando nessa escola, uma de Alimentação Escolar e uma de Limpeza e Conservação. O Conselho de Escola é formado por representantes da comunidade escolar como: a diretora, professores, comunidade, pais e alunos.

6.2 PERFIL NUTRICIONAL: DISCENTES DA ESCOLA SANTA CECÍLIA

Os parâmetros de análise utilizados nesse estudo seguiram as orientações especificadas no documento (BRASIL, 2011) que define os indicadores antropométricos na avaliação do estado nutricional. Esses indicadores possibilitam comparações internacionais sobre a situação nutricional de coletividades.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2009) afirma que devido ao fato da nutrição adequada ser essencial para manter um crescimento normal do indivíduo, é comum alterações nutricionais repercutirem sobre o crescimento, tornando os parâmetros antropométricos importantes indicadores para avaliação do estado nutricional.

Fagioli (2008) descreve outras vantagens da utilização da antropometria para a avaliação nutricional de indivíduos: menor custo, de fácil padronização, método não invasivo, além de ser amplamente aceito pela população.

Os dados necessários que permitem a avaliação do estado nutricional em crianças são divididos em duas categorias: demográficos e antropométricos. Os dados demográficos são o sexo do indivíduo e sua data de nascimento. Os dados antropométricos fundamentais são o peso e a altura. (BRASIL, 2011)

Segundo o mesmo documento citado acima, um índice é a combinação entre duas medidas antropométricas ou entre uma medida antropométrica e uma medida demográfica. O índice permite uma avaliação mais completa e complexa do estado nutricional do indivíduo. Os índices antropométricos recomendados pela OMS e Ministério da Saúde adotados pela Vigilância Nutricional para avaliação do estado nutricional de crianças de 5 a 10 anos são: peso para idade (P/I), estatura para idade (E/I) e Índice de Massa Corporal (IMC) para idade.

Para a obtenção de um diagnóstico antropométrico é necessário a comparação dos valores encontrados na coleta de dados com os valores de referência. Os valores de referência caracterizam a distribuição do índice em uma população saudável. Os pontos de corte correspondem aos limites que separam os indivíduos saudáveis e os que não estão. (BRASIL, 2011)

Quadro 1 – Pontos de corte de peso para idade para crianças de 0 a 10 anos

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 97	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +2	Peso adequado para a idade
> Percentil 97	> Escore-z +2	Peso elevado para a idade*

Fonte: Brasil (2011, p. 15)

A avaliação do peso para idade expressa a relação existente entre a massa corporal e a idade da criança. É muito adequada para o acompanhamento do ganho de peso, porém não diferencia o comprometimento nutricional atual dos progressos. Por isso, é importante complementar essa avaliação com a análise de outro índice antropométrico. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009)

Quadro 2 – Pontos de corte de estatura para idade para crianças de 0 a 10 anos

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3	≥ Escore-z -2	Estatura adequada para a idade

Fonte: Brasil (2011, p. 16)

A estatura para idade expressa o crescimento linear da criança. Esse índice é considerado o indicador mais sensível para analisar a qualidade de vida de um grupo de indivíduos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009)

Quadro 3 – Pontos de corte de IMC para idade para crianças de 5 aos 10 anos

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	> Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave

Fonte: Brasil (2011, p. 16)

O índice de massa corporal (IMC) para idade expressa a relação entre o peso da criança e o quadrado da sua estatura. O IMC para idade é recomendado internacionalmente no diagnóstico individual e coletivo dos distúrbios nutricionais, pois a informação da idade do indivíduo é considerada na avaliação, além de ter sido validado como indicador de gordura corporal total nos percentis superiores. Esse índice ainda permite uma continuidade em relação ao indicador utilizado entre adultos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009)

Existem 173 alunos matriculados na escola selecionada para o presente estudo. 110 discentes devolveram o termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinado. Desses alunos, 87 indivíduos participaram da pesquisa, pois os demais possuíam idade igual ou superior a 10 anos.

Dos 87 alunos, 50 são do sexo feminino, correspondendo a 57,5% da amostra, e 37 do sexo masculino representando 42,5%, conforme quadro 4.

Quadro 4 – Frequência de alunos por sexo

	Frequência	%
Masculino	37	42,5
Feminino	50	57,5
Total	87	100,0

Fonte: Elaborado pela autora

A idade variou de 6 a 9 anos. A média da idade encontrada é de 7,48 anos.

Quadro 5 – Distribuição da idade por sexo

	Idade				Total
	6	7	8	9	
Masculino	11	15	5	6	37
Feminino	13	9	7	21	50
Total	24	24	12	27	87

Fonte: Elaborado pela autora

O peso médio encontrado foi de 29,53 kg, sendo o mínimo 17,6 kg e o máximo 57,30 kg. A altura média foi de 129 cm sendo o mínimo 110 cm e o máximo 159 cm. No indicador peso para a idade o peso elevado representou 14,9% da amostra (13 alunos), conforme quadro 7. A estatura para idade esteve adequada em todos os alunos.

Quadro 6 – Variáveis descritivas (peso, altura e IMC)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Peso	87	17,60	57,30	29,53	8,38862
Altura	87	1,10	1,59	1,29	,10200
IMC	87	13,18	27,64	17,44	3,06494

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 7 – Frequência da classificação através de peso para idade

	Frequência	%
Adequado	74	85,1
Elevado	13	14,9
Total	87	100,0

Fonte: Elaborado pela autora

O quadro 8 informa a frequência das classificações do estado nutricional através do cálculo do IMC para idade. Observou-se eutrofia para a maioria das crianças (55 indivíduos, correspondendo 63,2% da amostra). Enquanto que o excesso de peso (soma da prevalência de sobrepeso, obesidade e obesidade grave) foi encontrado em 36,8% da população estudada (32 alunos).

Ressalta-se a frequência de alunos acima do peso (sobrepeso, obesidade e obesidade grave). Esses dados estão de acordo com vários autores que evidenciam a transição nutricional na população do Brasil (SILVA; CANO; RIBEIRO, 2012; FARIA, 2008; FABRETTI et al., 2012; ETO, 2013). “[...] dos 319 escolares avaliados, metade deles estava eutrófico, 22% com sobrepeso, 21% obesos e 7% com IMC abaixo do ideal para a idade” (SILVA; CANO; RIBEIRO, 2012, p. 2).

Nesse estudo, a prevalência de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) é de 43% da população estudada. (SILVA; CANO; RIBEIRO, 2012)

Conforme avaliação do estado nutricional pelo cálculo do IMC para idade, percebe-se eutrofia para a maioria das crianças de 0 a 10 anos – 72% (101). Quando somados risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade/grave encontram-se 27,2% (38) (FABRETTI et al., 2012, p 3)

Eto (2013) realizou um estudo com crianças em dois municípios: Vitória/ES (urbano) e Santa Maria de Jetibá/ES (rural). No município urbano foi verificado que 23,7% das crianças apresentavam excesso de peso, enquanto que no município rural observou-se prevalência em 12,7%. A autora destaca o fato da prevalência de excesso de peso não ser limitada à população urbana.

Conforme Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 (POF 2008-2009) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), a prevalência de excesso de peso encontrada foi de 25% a 30% nas regiões Norte e Nordeste no país, que equivale mais do que cinco vezes a prevalência do déficit de peso nas mesmas regiões. Nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste a prevalência encontrada foi de 32% a 40%, que equivale mais do que dez vezes a prevalência do déficit de peso nas mesmas regiões.

O peso médio encontrado, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), foi de 27,25 kg para os meninos e 27,32 kg para as meninas no estado do Espírito Santo, compreendendo as idades de 6 a 9 anos. Percebe-se a ligeira diferença de peso entre os sexos, sendo que a média do peso feminino é superior à média masculina.

No presente estudo, a classificação de IMC relacionado ao baixo peso não foi encontrada. Essa realidade se contrapõe aos dados encontrados em um estudo realizado no município de Registro em São Paulo (VERGÍLIO, BELO E PASCOAL 2012), pois os autores verificaram uma prevalência elevada de desnutrição nessa região pesquisada.

Quadro 8 – Frequência das classificações nutricionais (IMC para idade)

	Frequência	%
Eutrofia	55	63,2
Sobrepeso	18	20,7
Obesidade	9	10,3
Obesidade grave	5	5,7
Total	87	100,0

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 9 – Distribuição da classificação do estado nutricional por sexo

	IMC para idade				Total
	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade	Obesidade grave	
Masculino	26	5	2	4	37
Feminino	29	13	7	1	50
Total	55	18	9	5	87

Fonte: Elaborado pela autora

6.3 A PERCEPÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELOS DISCENTES: UMA REFLEXÃO SOBRE A ALIMENTAÇÃO COTIDIANA

Segundo Nasser (2010), a inapetência, que é comum em crianças no período pré-escolar (2 a 6 anos), transforma-se em apetite voraz nessa fase atual das crianças (período escolar), porém observa-se com frequência a omissão do café da manhã. O que comprova nos comentários dos sujeitos que participaram do grupo focal: “[...] É um caso sério o café da manhã. Ela não aceita nada de manhã. Ela não quer tomar um leite, nada, nada, ela quer vim pra escola em jejum. Eu cobro muito dela isso, ela não aceita. Ela vem em jejum para a escola.” (Entrevistado 6).

Outro comentário que confirma o pensamento da Nasser (2010) é o trecho abaixo de outro integrante do grupo focal:

Na minha casa, acho que é um problema de todos, né? Ele não gosta de comer pão, é uma luta! É café com leite ou toddy e às vezes nem isso ele quer tomar. Eu explico para ele que não pode vim pra escola sem tomar o café. Se tiver algum iogurte ele até toma, café com leite eu faço, eu obrigo ele a tomar. (Entrevistado 5)

Nasser (2010) afirma que a omissão do café da manhã pode ser explicada, em parte, pela maior independência adquirida nessa faixa etária. Essa situação é considerada como sendo um fator de risco para problemas nutricionais. De acordo com a autora, também é comum a diminuição da ingestão do leite, comprometendo o suprimento do cálcio necessário à formação da massa óssea. Porém o comentário de um sujeito discorda dessa característica: “[...] Há pouco tempo atrás ela trocava qualquer coisa para tomar leite. Ela fala se eu jantar eu não vou tomar leite? Eu falo: dependendo do horário não. Então ela deixava de comer comida para tomar o leite.” (Entrevistado 1)

Conforme Faoro, Hirata e Gonçalves (2013), o café da manhã é importante, pois essa refeição pode ser responsável pela inclusão de algumas porções diárias de determinados grupos alimentares, como cereais, frutas e leite e derivados. Esse consumo pode contribuir para uma adequação nutricional, auxiliando na diminuição de sobrepeso e obesidade e melhorando o rendimento escolar.

Segundo Trancoso, Cavalli e Proença (2010) o consumo frequente e adequado do café da manhã pode melhorar o poder de saciedade do indivíduo e, assim, reduzir a quantidade calórica total ingerida, limitando o consumo de lanches calóricos por crianças e adolescentes. O consumo adequado do café da manhã parece também auxiliar no controle de peso, pois comparada aos lanches, a refeição matinal proporciona uma maior ingestão de vitaminas e minerais e menor ingestão de gorduras e colesterol.

Quanto ao consumo de alimentos no almoço e no jantar, observou-se que os entrevistados relataram que preparam hortaliças e verduras, contudo as crianças não ingerem esses alimentos e são bem seletivas.

[...] lá em casa eu sempre faço arroz, feijão, verdura e carne. Alface ela quase não come. Ou ela come taioba ou espinafre. (Entrevistado 2). [...] Eu lá em casa como de tudo. Gosto muito de salada, mas infelizmente meus filhos não são assim [...] Lá em casa eu faço comida colorida tipo cenoura com batata, até beterraba que quase ninguém gosta. Eu amo beterraba! (Entrevistado 5).

As hortaliças e as verduras possuem alto teor de fibras, vitaminas e minerais. A adoção de padrão alimentar com dieta rica em gordura saturada e açúcar e com baixo teor de fibras tem sido considerado um dos responsáveis pelo elevado nível de sobrepeso em crianças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; GUIMARÃES et al., 2006)

Conceição et al. (2010) realizaram um estudo em São Luís (Maranhão) sobre o consumo alimentar em escolares de 9 a 16 anos e observaram que o consumo de hortaliças encontrado foi somente em 41,7% da amostra estudada.

[...] ele gosta muito de macarrão alho e óleo, gosta muito de comida que engorda mesmo, ele não gosta de salada. Batata frita eu tento tirar, mas é difícil. (Entrevistado 7). [...] a gente faz bastante salada, mas ela não gosta. E eu também quando criança não comia verdura nenhuma. Hoje a única coisa que ela gosta é alface, às vezes até batata ela não liga. (Entrevistado 1)

Quanto ao tipo de preparo do alimento, observaram-se relatos do preparo de frituras para as crianças, às vezes devido preferência de um membro da família, conforme comentário:

[...] eu gosto mais de fazer frito banana da terra. Mas frito, coloco o papel toalha. E lá uma vez ou outra uma linguiça que meu marido gosta, mas eu dou preferência à comida ensopada.” (Entrevistado 5). [...] a gente tá se policiando com questão de fritura, churrasco... Você quer ver ela comer um prato cheio de comida é arroz com torresmo.” (Entrevistado 1)

No consumo da janta houve relatos de lanches e de refeições semelhantes ao almoço:

Lá em casa o almoço tem que ser comida de verdade. Eu sempre ensinei assim: "o que tem para comer?" "Comida. Não interessa! Tem que comer comida". Eu faço arroz, feijão, verdura, carne, angú, esse tipo de comida. (Na janta) Se eu fizer sopa lá em casa não é comida de verdade. Mesmo fazendo sopa tem que ter comida também. (Entrevistado 6). (Na janta) Ela come de tudo, alface, cenoura ralada, carne moída com batata, adora batata com carne moída, difícil alguma coisa que ela não come. (Entrevistado 3). Ela chega em casa e almoça e de noite geralmente a gente faz um lanche. É muito raro a gente jantar, geralmente é um pão, pães integrais. Ela pede um misto, um copo de suco e foi dormir. (Entrevistado 1)

De acordo com Ministério da Saúde (2008), todos os grupos de alimentos devem compor a dieta diária, conforme os princípios de uma alimentação saudável. Os grupos de alimentos são os carboidratos (cereais, pães, massas, batata, aipim...), as frutas e verduras, o leite e derivados (leite, iogurte, queijos...), as carnes (bovina, pescado, ovos, suína e frango...), as leguminosas (feijão, soja, lentilha...) e os açúcares e óleos.

6.3.1 Preferências de alimentos: discentes e responsáveis

De acordo com Priore et al. (2011), comparando os inquéritos nacionais de antropometria e consumo alimentar realizados no Brasil desde 1974 é possível observar a diminuição do consumo de alimentos tradicionais como arroz, feijão, açúcar, entre outros, enquanto que ocorreu aumento no consumo de alimentos industrializados.

O que comprova nos comentários dos sujeitos que participaram do grupo focal:

Ela gosta de selitinho (leite com achocolatado tetra pak), Yakult (leite fermentado), essas bebidas assim (Entrevistado 1). Lavínia gosta de todinho (leite com achocolatado tetra pak), carne de hambúrguer [...] a carne de hambúrguer é a paixão da vida dela, ela adora! (Entrevistado 4)

Segundo Priore et al. (2011), esses hábitos podem ser explicados pela maior praticidade, porém esses alimentos podem ser ricos em lipídios, colesterol e açúcar.

O comentário a seguir discorda dessa tendência no consumo de alimentos industrializados:

A Emanuele não come salsicha, não come salsicha. Eu nem compro. Não compro biscoito recheado nada disso “quer comida? É arroz, feijão, carne, verdura mesmo [...] supérfluo não entra dentro de casa, se tem dentro de casa vai ser uma tentação, não tendo vai comer arroz e feijão. (Entrevistado 6)

Segundo Ministério da Saúde (2008), os produtos derivados da carne, embutidos, hambúrgueres, salsichas e outros, têm quantidades bem maiores de gordura e alto teor de sal, devendo ser consumidos apenas ocasionalmente.

Seguem comentários dos entrevistados sobre o que as crianças menos gostam de consumir:

No caso as saladas né? No caso, por exemplo, eu gosto de qualquer tipo de salada: almeirão, chicória, alface [...] mas eles não são chegados é uma coisa assim incrível, se eu não fizesse podia dizer, mas eu faço, eu como junto. É muito complicado! (Entrevistado 5). De salada, verduras ele não come. A única coisa que ele come é abóbora madura, batata, inhame e salsicha de frango. (Entrevistado 7). Ela só não gosta de beterraba [...] Ela come tudo, até chicória que é amargo[...] (Entrevistado 3)

Segundo Bezerra e Sichieri (2011), a urbanização, a globalização e a modernização da indústria de alimentos, aumentando a oferta de alimentos industrializados, influenciaram na incorporação de novos hábitos alimentares. O consumo de alimentos mais processados aliado à redução no consumo de itens como arroz e feijão, contribuiu para o ganho excessivo de peso.

Outra característica do consumo nacional [...] é a queda de consumo de arroz e pão e aumento de biscoitos (bolachas salgadas, doces e as recheadas); estes são produtos, em geral, com elevado teor de gorduras trans e sal ou açúcar, portanto prejudiciais à saúde quando consumidos em grandes quantidades. (BRASIL, 2008)

De acordo com Ministério da Saúde (2008), frutas, legumes e verduras devem estar presentes diariamente nas refeições pelo fato de serem ricos em vitaminas, minerais e fibras. Esse grupo de alimentos contribui para a proteção da saúde e diminuição do risco de ocorrência de várias doenças. A recomendação são 3 porções diárias de frutas e 3 porções diárias de legumes e verduras.

Ministério da Saúde (2008), afirma que as frutas, os legumes e as verduras, além de ricos em nutrientes, possuem baixo teor energético, por isso o consumo adequado desses alimentos auxilia na prevenção e no controle da obesidade e, indiretamente,

contra outras doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, doenças cardíacas e alguns tipos de câncer), cujo risco é aumentado pela obesidade.

Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011), menos de 10% da população atinge as recomendações de consumo de frutas, verduras e legumes.

A inclusão de frutas pode ser realizada nos lanches, no café da manhã e após as refeições, sendo servida como sobremesa.

Conforme Ministério da Saúde (2008), esses grupos de alimentos têm um custo relativamente mais alto em relação a outros alimentos vegetais, se considerado o índice custo/caloria. Portanto, Ministério da Saúde (2008) sugere que diferentes áreas de governo podem contribuir para o aumento da oferta e redução de preços desses produtos, como agricultura, desenvolvimento agrário, indústria e comércio.

Na política de alimentação escolar (PNAE) existe o incentivo à Agricultura Familiar:

No mínimo 30% do valor repassado a estados, municípios e Distrito Federal pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) para o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) deve ser utilizado na compra de gêneros alimentícios diretamente da agricultura familiar e do empreendedor familiar rural ou de suas organizações, priorizando-se os assentamentos da reforma agrária, as comunidades tradicionais indígenas e as comunidades quilombolas. (BRASIL, 2009)

Um dos entrevistados relatou que o alimento que faz questão que a criança consuma nas refeições é o feijão: “A Lavínia é o feijão.” (Entrevistado 4)

Conforme Ministério da Saúde (2008), as leguminosas (feijão, soja, lentilha, ervilha, grão de bico) são os alimentos vegetais mais ricos em proteínas. Os feijões contêm carboidratos complexos (amido) e são ricos em fibra alimentar, vitaminas e minerais. O tipo de gordura presente em grande parte desse alimento é a insaturada. Apesar do feijão ser rico em ferro, esse mineral é menos disponível se comparado ao ferro disponível em alimentos de origem animal. Por isso, para aumentar a utilização biológica do ferro é recomendado o consumo concomitante de alimentos ricos em vitamina C (frutas, legumes e verduras).

Ministério da Saúde (2008) também afirma que o consumo de arroz e feijão na proporção de uma parte de feijão para duas de arroz é uma combinação completa considerando os aminoácidos presentes nesses dois alimentos.

6.3.2 Atividades Físicas Praticadas pelos Discentes

Segundo Bezerra e Sichieri (2011), as atividades de lazer com baixo gasto de energia ganharam espaço no cotidiano da população, como assistir televisão, jogar vídeo games, usar o computador e usar o tablet.

Brincam de assistir televisão, ficar no computador, jogar jogo do tablet, mas ela sente falta de fazer exercício, mas infelizmente próximo à minha casa não tem um espaço não tem um local legal antes ela fazia ginástica rítmica lá na praça da bandeira, mas ficou difícil para eu levar. Pra gente é difícil não tem espaço não tem tempo, não é só culpa dela não, também é culpa minha mesmo, nossa mesmo, da família (Entrevistado 4).

Rossi et al. (2010) realizou um estudo sobre a influência da televisão na obesidade em crianças e adolescentes e concluiu que programas e políticas públicas devem enfatizar a promoção da alimentação saudável e a prevenção da obesidade, incluindo medidas que estimulem o lazer ativo e a redução do tempo que crianças e adolescentes permanecem em frente à TV.

Ela brinca sozinha de casinha, de boneca, dá aula para as bonecas dela, joga computador, internet... Quando a gente tem tempo coloca ela para andar de bicicleta perto de casa, em um terreno perto de casa. (Entrevistado 3). Lá em casa ela quer ficar no computador. Às vezes, mesmo quando vai as coleguinhas lá para casa elas querem ficar no computador. [...] dentro de casa só quer computador ou celular, é o tempo todo assim, mas a gente tenta mudar essa questão da vida sedentária, às vezes por falta de tempo... (Entrevistado 1).

Alguns pais concordavam uns com os outros:

Às vezes eu saio dou uma volta com ela [...] vamos conversar, vamos andar, às vezes a gente ia muito na pracinha só que com esse frio a gente não anima de sair de casa você só quer ficar debaixo da coberta vendo filme.” (Entrevistado 1). E comendo [...] (Entrevistado 2). A nossa falta de coragem contagia eles [...] (Entrevistado 4). Outro dia ela me falou assim: “mãe, não tem nada pra fazer” eu chamei meu marido para jogar queimada na rua [...] tem que ir jogar queimada porque senão toda hora “to com fome!”. Como você dá comida para criança fora de horário? Igual criança da roça que acorda às 5 horas e quer comida. [...] Se toda hora que ficasse com fome comesse uma fruta (Entrevistado 2)

Conforme Guerra (2008), o exercício é o principal componente responsável pelo aumento do gasto energético diário, além de ser importante na mudança da composição corporal, no aumento da massa óssea e na diminuição e/ou manutenção de alguns parâmetros bioquímicos como o nível de colesterol. Os pais

devem estimular a adoção de atividades para o lazer relacionada à prática de atividade física.

A Emanuele faz karatê e dentro de casa não tem computador porque enquanto ela não chegar na idade que eu acho que ela possa usar o computador, nem tablet, nada. Enquanto eu não achar que deve entrar porque senão vicia, ela não tem nada disso, celular [...] (Entrevistado 6). Eu não acho errado o que ela está fazendo eu também custei a ter computador em casa, custei. Por causa dessas coisas, mas chega um momento que a escola pede tarefas. (Entrevistado 5)

Segundo Fiates, Amboni e Teixeira (2008), a ocorrência de sobrepeso e obesidade em crianças tem sido associada ao hábito de assistir à TV, pois este promove o sedentarismo. Os autores afirmam que os anúncios de alimentos veiculados na TV têm o poder de, efetivamente, promover seu consumo, influenciando diretamente os hábitos alimentares de crianças.

Na pesquisa de Fiates, Amboni e Teixeira (2008), foram estudados 57 estudantes, sendo que a maioria desses (77,5%) referiu que, às vezes ou sempre, costumava pedir aos pais que comprassem alimentos anunciados na televisão.

“Os alimentos e as bebidas mais pedidos aos pais no supermercado foram bolachas, flocos de milho açucarados, salgadinhos de pacote, seguidos por guloseimas doces, sucos 'de caixinha', iogurte, refrigerantes e frutas.” (FIATES; AMBONI; TEIXEIRA, 2008, p. 108)

Fiates, Amboni e Teixeira (2008), afirmam que a exposição de crianças à televisão, em geral, pode aumentar o risco de se transformarem em consumidores mal informados sobre alimentos. Na atualidade, a televisão pode ser a fonte mais importante de informação nutricional, na qual as crianças aprendem sobre os mais novos e melhores produtos alimentícios.

De acordo com Guerra (2008), é necessário que informações corretas a respeito da alimentação sejam de livre acesso para todos e, que haja um controle maior e/ou uma política na prevenção da divulgação de informações erradas e de alimentos não saudáveis (ricos em gordura e açúcar).

Segundo Halpern (2004), crianças e adolescentes praticam pouca atividade física. A violência nas cidades e o fato das mães trabalharem fora de casa contribuem para

esse comportamento. Conseqüentemente as crianças ficam dentro de casa assistindo televisão, usando o computador ou jogando vídeo games.

Essa questão da violência e insegurança também foi abordada pelos entrevistados:

(Eu) Brincava de tudo, bicicleta, quantos tombos levei no morro! Hoje ela não anda na rua não tem nenhuma possibilidade de brincar assim igual eu brinquei na mesma rua. Ela não teve a mesma sorte, eu tive sorte. (Entrevistado 4). Tem violência até nos bairros mais afastados a gente vê isso eu fico preocupada porque ele é hiperativo também [...] meu filho não posso ficar lá com você te olhando, [...] aí ele resmunga e vai pro computador, vai soltar pipa na laje, brinca com cachorrinho, arrumei um cachorrinho para ver se extravasa um pouco as emoções, eu tava até pensando enquanto ouvia o pessoal falando a relação com a brincadeira e as crianças de hoje que não tem essa condição que a gente teve né? [...] eu nunca cheguei a subir em árvore para pegar fruta mas meu marido fazia muito. Eu vejo que as pessoas, as crianças naquele tempo eram mais felizes e mais saudáveis claro. E as crianças de hoje infelizmente estão crescendo assim uns adultos bem solitários e egoístas, pois não aprendem a dividir, fica em frente ao computador e a televisão não tem nada que preste. (Entrevistado 5).

Ministério da Saúde (2008) reforça o comentário acima quando afirma que cada vez mais as pessoas se isolam dos outros membros da família, mesmo quando estão no mesmo ambiente. As refeições são realizadas de maneira solitária fora de casa ou mesmo em casa.

[...] vou ser sincera, sou preguiçosa de ir na rua, sou preguiçosa mesmo “se eu puder tomar conta você vai na rua, se eu não puder você fica em casa” ela quer que eu deixe [...] (Entrevistado 6). Ele só fica no computador, vendo desenho e às vezes ele desce na rua para andar de bicicleta, mas é muito difícil, agora que o pai dele tá deixando mais, para mim fica muito difícil e eu não gosto que ele fique muito na rua também não, sem ninguém ver ficando perto, eu não gosto não. Ele é muito preso mesmo. (Entrevistado 7)

Ministério da Saúde (2008) afirma que a prática de atividade física é igualmente fundamental para a redução de peso. Não sendo possível dissociar o consumo alimentar do gasto energético.

6.3.3 A influência da alimentação na saúde das crianças

Um ponto abordado pelos entrevistados foi a questão da autoestima das crianças relacionada ao sobrepeso e/ou obesidade: “[...] também mexe muito com a autoestima das crianças ‘nossa você tá gordinha!’ Pelo menos com a minha mexe muito. Você quer ver ela chateada quando chama ela de gordinha.” (Entrevistado 2)

Conforme Vitolo (2008), uma questão a ser considerada é o impacto no equilíbrio emocional de crianças e adolescentes que apresentam excesso de peso. Existe um preconceito contra pessoas obesas, pois são culturalmente consideradas responsáveis por essa condição. O sentimento de culpa e a vergonha pela incapacidade de controlar peso pode afetar a autoestima do indivíduo.

Pakpour, Yekaninejad e Chen (2011) afirmam que o sobrepeso e a obesidade infantil têm efeitos negativos relacionados à saúde mental, como depressão, baixa autoestima e ansiedade.

Um dos entrevistados ressaltou a importância da alimentação na saúde dos indivíduos: “[...] sim a alimentação hoje é fundamental na pele, na saúde da gente [...] é essencial sem dúvida, hoje para você viver mais tem que ter uma boa alimentação” (Entrevistado 1)

Segundo Ministério da Saúde (2008), a alimentação, quando adequada e variada, previne as deficiências nutricionais e protege contra as doenças infecciosas, porque é rica em nutrientes que podem melhorar a função imunológica.

Em um estudo realizado no Irã, que avaliou a percepção de mães sobre a obesidade em crianças, observou-se que 51% das mães acreditavam que era apropriado comer fastfood uma vez por semana e 67,7% acreditavam que era saudável consumir de uma a duas caixas de suco por dia. Sabe-se que esses alimentos possuem teores elevados de lipídios e açúcares, que em excesso, contribuem para a obesidade. (PAKPOUR; YEKANINEJAD; CHEN, 2011; BRASIL, 2008)

Os pais devem ter consciência da influência da alimentação na saúde das crianças, pois os hábitos de alimentação e padrões de atividade física das crianças são reflexo do cuidado dos pais. (PAKPOUR; YEKANINEJAD; CHEN, 2011)

Os autores acima afirmam que o nível de escolaridade da mãe e a renda familiar são os dois principais fatores que determinam a percepção da mãe sobre a obesidade infantil.

Faria (2008) teve resultados em seu estudo realizado em Vitória/ES que reforçam a influência do nível de escolaridade materna. A autora observou uma associação inversa entre o excesso de peso das crianças com o nível de escolaridade da mãe.

Pakpour, Yekaninejad e Chen (2011) ressaltam a importância de fornecer instruções aos pais a respeito da obesidade infantil e seus riscos para a saúde, pois uma intervenção educativa pode melhorar a maneira pela qual os pais controlam o peso dos filhos.

7 CONCLUSÃO

Na política brasileira de saúde existem diversas publicações, através do Ministério da Saúde, sobre Alimentação e Nutrição, como por exemplo, o Guia Alimentar para a População Brasileira, além da aprovação de leis como a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. Esse Ministério também trabalhou em conjunto com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão com o objetivo de realizar inquéritos sobre alimentação e nutrição no país.

No Ministério da Educação existe a Política de Alimentação Escolar que tem como objetivo contribuir para o crescimento e o desenvolvimento biopsicossocial, o rendimento escolar e a formação de práticas alimentares saudáveis dos alunos, através da oferta de refeições no ambiente escolar. Essa política ainda integra a Agricultura Familiar que estimula a produção de agricultores e empreendedores familiares rurais.

Através da análise do estado nutricional dos discentes pertencentes à escola Santa Cecília, Cachoeiro de Itapemirim, observou-se uma elevada prevalência de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) nas crianças de 06 a 09 anos.

Utilizando a técnica de Grupo Focal foram obtidas informações acerca do hábito alimentar e da prática de atividade física dos estudantes previamente classificados com sobrepeso e/ou obesidade. Quanto ao consumo de alimentos no almoço e no jantar, observou-se que os entrevistados relataram que preparam hortaliças e verduras, contudo as crianças não ingerem esses alimentos e são bem seletivas. As brincadeiras e atividades praticadas pelas crianças eram assistir televisão e usar o computador. A questão da violência e insegurança influenciando na prática da atividade física também foi abordada pelos entrevistados. Outro ponto abordado pelos entrevistados foi a questão da autoestima das crianças relacionada ao sobrepeso e/ou obesidade.

Destaca-se a importância de fornecer educação nutricional aos pais e aos alunos no papel de melhorar o hábito alimentar e a prática de atividade física. A educação nutricional através de palestras e/ ou atividades lúdicas é fundamental para adoção de hábitos alimentares que previnem e combatem a obesidade na infância.

Espera-se que este estudo seja ampliado a outras escolas e regiões do Estado do Espírito Santo, pois o diagnóstico do estado nutricional é fundamental para a formulação das políticas públicas, conforme a realidade de cada região. Além da importância de entender o contexto familiar através de metodologias envolvendo os pais e/ou responsáveis pelas crianças.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, I. O. M.; SANTOS, L.; RIBEIRO, K. G. Política de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 481-492.

ARRUDA, B. K. G. de. "Geografia da fome": da lógica regional à universalidade. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 545-549, set. 1997.

ARRUDA, B. K. G. de; ARRUDA, I. K. G. de. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 7, n. 3, p. 319-326, set. 2007.

_____. Políticas de alimentação e nutrição no Brasil: breve enfoque dos delineamentos conceituais e propositivos. In: TADDEI, J. A. et al. **Nutrição em saúde pública**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. p. 397-410.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. 181-191, 2003.

BEZERRA, I, N.; SICHIERI, R. Sobrepeso e obesidade: um problema de saúde pública. In: TADDEI, J. A. et al. **Nutrição em saúde pública**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. p. 287-297.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, atualizada até a Emenda Constitucional nº 39, de 19 de dezembro de 2002. 31. Ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**; Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**; Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Lei nº 11.346, de 15 de Setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**; Brasília, DF, 18 nov. 2006.

_____. Lei nº 11.947, de 16 de Junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nº 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória nº 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei nº 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**; Brasília, DF, 17 jun. 2009

_____. Ministério da Educação. **O papel do nutricionista no programa nacional de alimentação escolar (PNAE)**. Brasília, DF: Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, 2012.

_____. Ministério da Educação. **Resolução/CF/FNDE nº 26**: Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no programa nacional de alimentação escolar. Brasília, DF: Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008

_____. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de vigilância alimentar e nutricional - SISVAN**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 1/1996. **Diário Oficial da União**; Brasília, DF, 06 jun. 1996.

CIBEIRA, G. H.; KENGERISKI, M. F.; SKONIESKI, G. Excesso de peso em crianças com idade entre 2 e 10 anos. **Revista nutrição em pauta**, São Paulo, v. 18, n. 105, p. 41-44, dez. 2010.

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM (ES). **História da cidade**. 2014. Disponível em: <http://www.cachoeiro.es.gov.br/site.php?pag_site=CIDADE&subPagina=CIDADE&id1=4HISTOR>. Acesso em: 05 jul. 2014.

CASTRO, J. **Geografia da fome: o dilema brasileiro pão ou aço**. 11. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

CASTRO, T. G.; SARRIERA, J. C. Análise de Conteúdo em Pesquisas de Psicologia. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 31, n. 4, p. 814-825, 2011.

CONCEIÇÃO, S. I. O. et al. Consumo Alimentar de Escolares das Redes Pública e Privada de Ensino em São Luís, Maranhão. **Revista de nutrição**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 993-1004, nov./dez. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução nº 465, de 23 de agosto de 2010. Dispõe sobre as atribuições do nutricionista, estabelece parâmetros numéricos mínimos de referência no âmbito do Programa de Alimentação Escolar (PAE) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**; Brasília, DF. 25 ago 2010. Seção 1, p. 118-119.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 59-81.

ETO, F. N. **Excesso de peso em crianças de áreas urbana e rural do Espírito Santo**: uma análise multinível. 2013. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, Vitória, ES, 2013.

FABRETTI, D. et al. Avaliação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos: uma experiência na educação para o trabalho, Criciúma, SC. **Revista nutrição em pauta**, São Paulo, v. 9, n. 9, p. 39-58, jul. 2012. Disponível em: <http://www.nutricaoempauta.com.br/artigo_completo.php?cod=2042>. Acesso em: 23 jul. 2014.

FAGIOLI, D. Avaliação do Estado Nutricional. In: FAGIOLI, D.; NASSER, L. A. **Educação nutricional na infância e na adolescência**. São Paulo: RCN, 2008. p 55-73.

FARIA, C. P. de. **Sobrepeso em crianças de 7 a 10 anos e fatores associados**: um estudo de base escolar em Vitória/ES. 2008.116 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, Vitória, ES, 2008.

FAORO, J.; HIRATA, N. R.; GONÇALVES, J. Obesidade infantil: omissão do café da manhã. **Revista nutrição em pauta**, São Paulo, v. 3, n. 13, p. 5-9, mar. 2013. Disponível em: <http://www.nutricaoempauta.com.br/artigo_completo.php?cod=2172>. Acesso em: 23 jul. 2014.

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**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 105-114, jan./fev. 2008.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de administração de empresas**. São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, maio/jun.1995.

GUERRA, I. Nutrição e atividade física no tratamento da obesidade infantil. **Revista nutrição em pauta**, São Paulo, v. 16, n. 88, p. 15-18, jan./fev. 2008. Disponível em: <http://www.nutricaoempauta.com.br/artigo_completo.php?cod=640>. Acesso em: 05 ago. 2014.

GUIMARÃES, L. V. et al. Fatores associados ao sobrepeso em escolares. **Revista de nutrição**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 5-17, jan./fev. 2006.

HALPERN, Z. S. Obesidade na infância. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 1167-1176.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

- MONDINI, L. et al. Prevalência de sobrepeso e fatores associados em crianças ingressantes no ensino fundamental em um município da região metropolitana de São Paulo, Brasil. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8. p. 1825-1834, ago. 2007.
- MUNIZ, V. M.; CARVALHO, A. T. O programa nacional de alimentação escolar em município do estado da Paraíba: um estudo sob o olhar dos beneficiários do programa. **Revista de nutrição**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 285-296, maio/jun. 2007.
- NASSER, L. A. Importância da nutrição, da infância à adolescência. In: FAGIOLI, D.; NASSER, L. A. **Educação nutricional na infância e na adolescência**. São Paulo: RCN, 2008. p. 31-41.
- NETO, E. R. **Saúde: Promessas e Limites da Constituição**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 435-472.
- PAKPOUR, A. H.; YEKANINEJAD, M. S.; CHEN, H. A percepção das mães sobre a obesidade em escolares: uma pesquisa e o impacto de uma intervenção educativa. **Jornal de pediatria**, Porto Alegre, v. 87, n. 2, p. 69-174, mar./abr. 2011.
- PRIORE, S. E. et al. Inquéritos nacionais de antropometria e consumo alimentar. In: TADDEI, J. A. et al. **Nutrição em saúde pública**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011, Cap. 7, p. 99-150.
- ROSEMBERG, A. M. F. A. Breve história da saúde pública no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 1-9.
- ROSSI, C. E. et al. Influência da televisão no consumo alimentar e na obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Revista de nutrição**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 607-620, jul./ago. 2010.
- SILVA, C. P. G.; CANO, M. A. T.; RIBEIRO, R. P. P. Fatores relacionados ao excesso de peso em escolares do município de Fernandópolis - SP. **Revista nutrição em pauta**, São Paulo, v. 1, n. 8, p. 47-50, maio 2012. Disponível em: <http://www.nutricaoempauta.com.br/artigo_completo.php?cod=2008>. Acesso em: 23 jul. 2014.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Avaliação nutricional da criança e do adolescente**: manual de orientação. São Paulo: Departamento de Nutrologia, 2009.
- STURION, G. L. et al. Fatores condicionantes da adesão dos alunos ao programa de alimentação escolar no Brasil. **Revista de nutrição**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 167-181, mar./abr. 2005

TEIXEIRA, S. F. **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 2006.

TEO, C. R. P. A.; MONTEIRO, C. A. Marco legal do Programa Nacional de Alimentação Escolar: uma releitura para alinhar propósitos e práticas na aquisição de alimentos. **Revista de nutrição**. São Paulo, v. 25, n. 5, p. 657-668, set./out. 2012.

TRANCOSO, S. C.; CAVALLI, S. B.; PROENÇA, R. P. C. Café da manhã: caracterização, consumo e importância para a saúde. **Revista de nutrição**. São Paulo, v. 23, n. 5, p. 859-869, set./out. 2010.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O SUS em perspectiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 559-590.

VERGÍLIO, M. R.; BELO, S. R. B.; PASCOAL, G. B. Avaliação do estado nutricional de crianças matriculadas em escolas públicas de Registro, Vale do Ribeiro, SP. **Revista nutrição em pauta**, São Paulo, v. 20, n. 113, p. 53-58, mar./abr. 2012. Disponível em: <http://www.nutricaoempauta.com.br/artigo_completo.php?cod=1926>. Acesso em: 23 jul. 2014.

VITOLLO, M. R. Aspectos psicológicos da obesidade na infância e na adolescência. In: _____. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. p 355-356.

ANEXOS

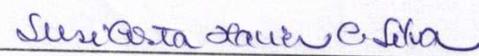
ANEXO A - Carta de Anuência

EEEF "Santa Cecília"
Governo do Estado do Espírito Santo
Ato de Criação: Port. E n° 2.726, de 18/02/91
Ato de Aprovação: Res. CEE n° 140/97, de 31/07/97
Rua Cabo Taveira, S/N, Santa Cecília
Cachoeiro de Itapemirim - ES - CEP: 27000-000
Tel: (28) 3517-0159 - escolasantacecilia@es.gov.br

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Susi Costa Xavier Carvalho Silva, diretora da **Escola Estadual de Ensino Fundamental "SANTA CECÍLIA"**, autorizo a realização da coleta de dados para o projeto de pesquisa: ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES DO ENSINO PÚBLICO ESTADUAL FUNDAMENTAL: UM ESTUDO DE CASO NA REGIÃO SUL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. A pesquisadora responsável pela coleta de dados será a mestrandia Luciana Almeida Costa. Comunico que a autorização para o início da pesquisa será validada após apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, a esta instituição.

Cachoeiro de Itapemirim, 03/10/2014



Susi Costa Xavier C. Silva
Diretora Escolar
Aut. 2090/S de 14/12/10

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Escola Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local

Av. Nossa Senhora da Penha, 2190 – Santa Lúcia



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ concordo e autorizo meu (_____ situação de parentesco, ou responsabilidade legal) (_____ nome) que é aluno da Escola Santa Cecília em participar da pesquisa referente ao projeto intitulado: ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES DO ENSINO PÚBLICO ESTADUAL FUNDAMENTAL: UM ESTUDO DE CASO NA REGIÃO SUL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO desenvolvido pela pesquisadora, mestranda e também nutricionista Luciana Almeida Costa (RG: 1.940.312/ES).

Fui informado (a) que a pesquisa se desenvolverá em duas etapas: a primeira consiste em caracterizar o aluno por série escolar, idade e local de residência. Para tanto, será necessário pesar e medir os alunos com uma balança e um estadiômetro com o objetivo de classificar o estado nutricional dos alunos, isso ocorrerá na própria escola com a ajuda do professor de educação física e de uma nutricionista.

A segunda etapa consiste na realização de uma entrevista grupal “Grupo Focal” em que serão convidados, através de sorteio, os responsáveis pelos discentes que participaram da primeira etapa. Essa etapa terá objetivo de conhecer a percepção dos responsáveis pelos alunos sobre alimentação e estado nutricional de seus dependentes.

A pesquisadora informou também que depois da pesquisa finalizada os resultados serão apresentados na escola para todos os pais/ responsáveis. Nesse dia, a pesquisadora irá além de divulgar os resultados também realizará atividades de educação nutricional com todos os alunos e responsáveis. Essas atividades compreendem palestras, mini teatro sobre o tema alimentação saudável e atividades educativas (jogo da memória, caça palavras e atividade de colorir).

Fui informado (a) que a pesquisa é orientada pela Prof^a.Dr^a Soraya Gama de Ataíde, e sempre que quiser poderei pedir mais informações à pesquisadora através do e-mail soraya.gama@emescam.br.

Afirmo que aceitei participar espontaneamente, sem receber qualquer incentivo ou ter qualquer ônus, com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) que a pesquisa oferece um risco mínimo que seria ocasionado por possível constrangimento pelo tema sobrepeso/obesidade, porém esse risco é controlado com a garantia do anonimato e sigilo de dados pessoais por parte da pesquisadora.

Fui informado (a) também que ao participar desta pesquisa não terei nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o conhecimento do estado nutricional dos alunos, pois a partir dessas informações, a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos, no que tange à saúde dos alunos. Fui também esclarecido (a) de que apenas a pesquisadora e sua orientadora terão acesso às minhas informações e as mesmas ficarão sob a guarda da pesquisadora até 5 (cinco anos) após a conclusão da pesquisa, quando então serão descartados de maneira adequada.

Estou ciente que posso me retirar dessa pesquisa e também me recusar a dar alguma informação a qualquer momento, sem prejuízo nenhum ao meu vínculo na instituição ou sofrer qualquer constrangimento.

Qualquer dúvida sobre a ética da pesquisa fui informado (a) de que poderei procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM (CEP/EMESCAM), no telefone: (27) 3334-3586. Atesto o recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Cachoeiro de Itapemirim, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do (a) responsável legal

Assinatura do (a) aluno (a)

Assinatura da mestranda pesquisadora e telefone

ANEXO C - Ficha para coleta dos dados antropométricos

Criança: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: _____

Serie: _____

Nome do responsável: _____

Peso: _____ kg

Altura: _____ cm

Criança: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: _____

Serie: _____

Nome do responsável: _____

Peso: _____ kg

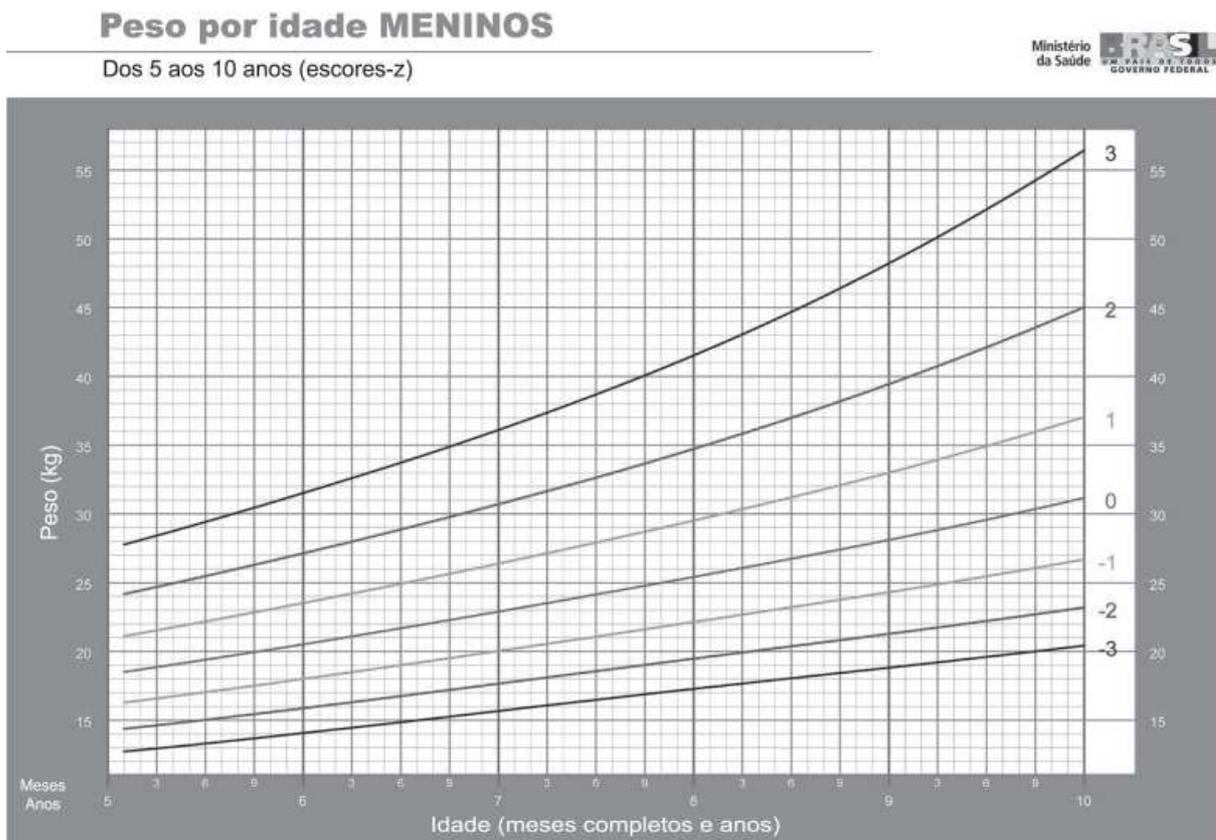
Altura: _____ cm

ANEXO D - Roteiro de perguntas do grupo focal

1. Quem cozinha na casa de vocês?
2. O que vocês costumam preparar para o café da manhã?
3. O que vocês costumam preparar para o almoço?
4. E o que vocês costumam preparar para o jantar?
5. Vocês costumam lanchar entre as refeições? O que vocês lancham?
6. Vocês recebem o bolsa família?
7. O que é feito com esse dinheiro?
8. Se for para alimentação? Que tipo de alimentação?
9. O que a criança (aluno da escola) que você é o responsável gosta de comer?
10. O que ela não gosta de comer?
11. O que você enquanto responsável faz questão que a criança coma (ingestão)?
12. A criança brinca quando está em casa? Brinca do que? (pique pega, elástico, solta pipa, comidinha, etc).
13. A criança assiste televisão quando está em casa? (desenho, jornal, filme, etc). Quanto tempo?
14. A criança gosta de vídeo game? Você sabe quanto tempo ela fica jogando no computador, tablet, vídeo game, etc?
15. A criança faz algum tipo de esporte? Qual? (joga bola, faz dança, capoeira, etc).
16. Você acredita que a alimentação influencia na saúde da criança? Como? E no rendimento escolar?

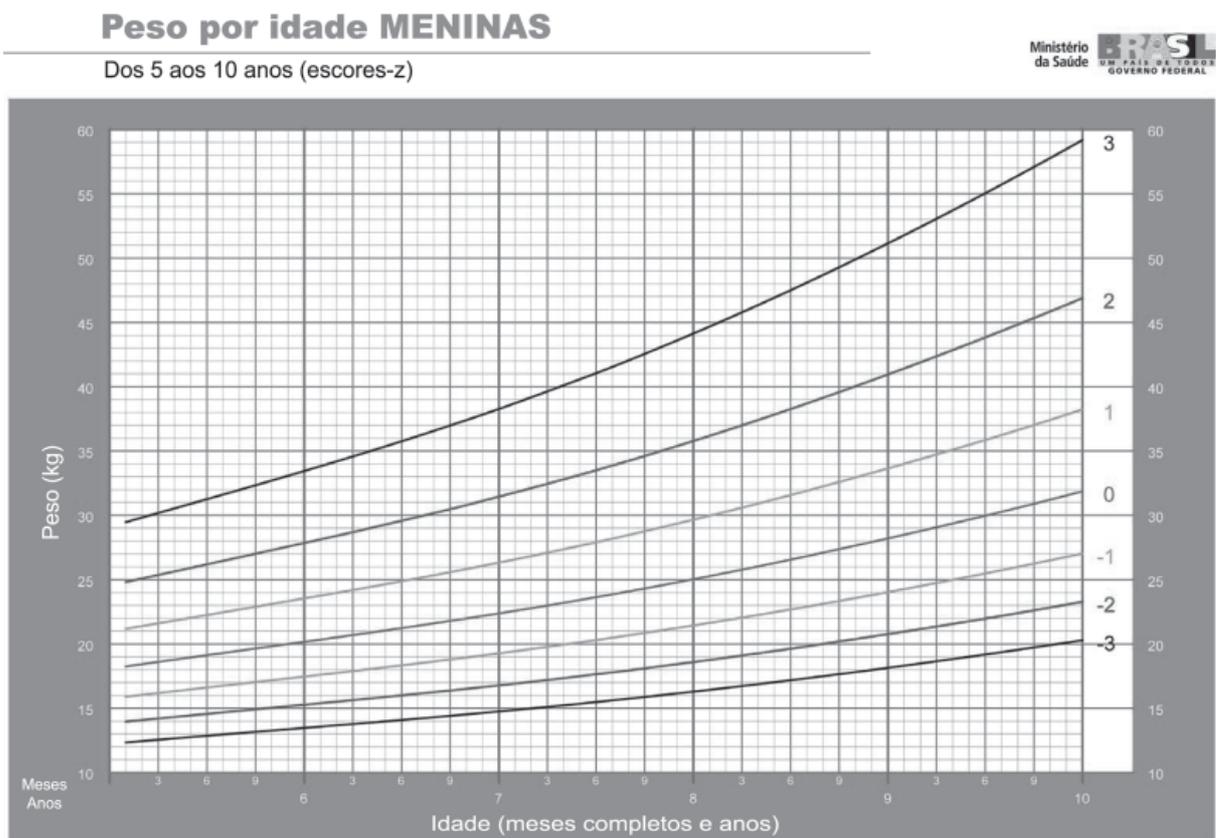
ANEXO E - Gráficos utilizados para análise do estado nutricional

Gráfico Peso por Idade - Meninos



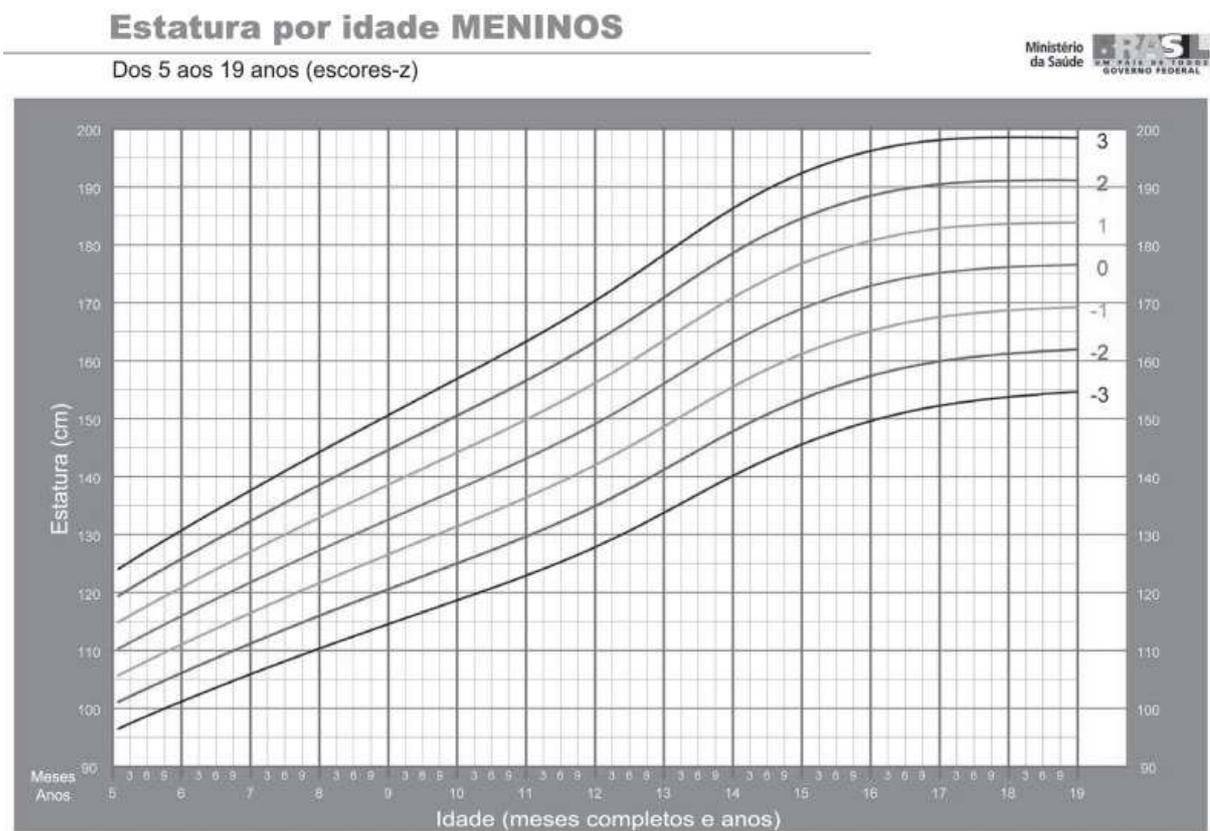
Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (2009, p. 75)

Gráfico Peso por Idade - Meninas



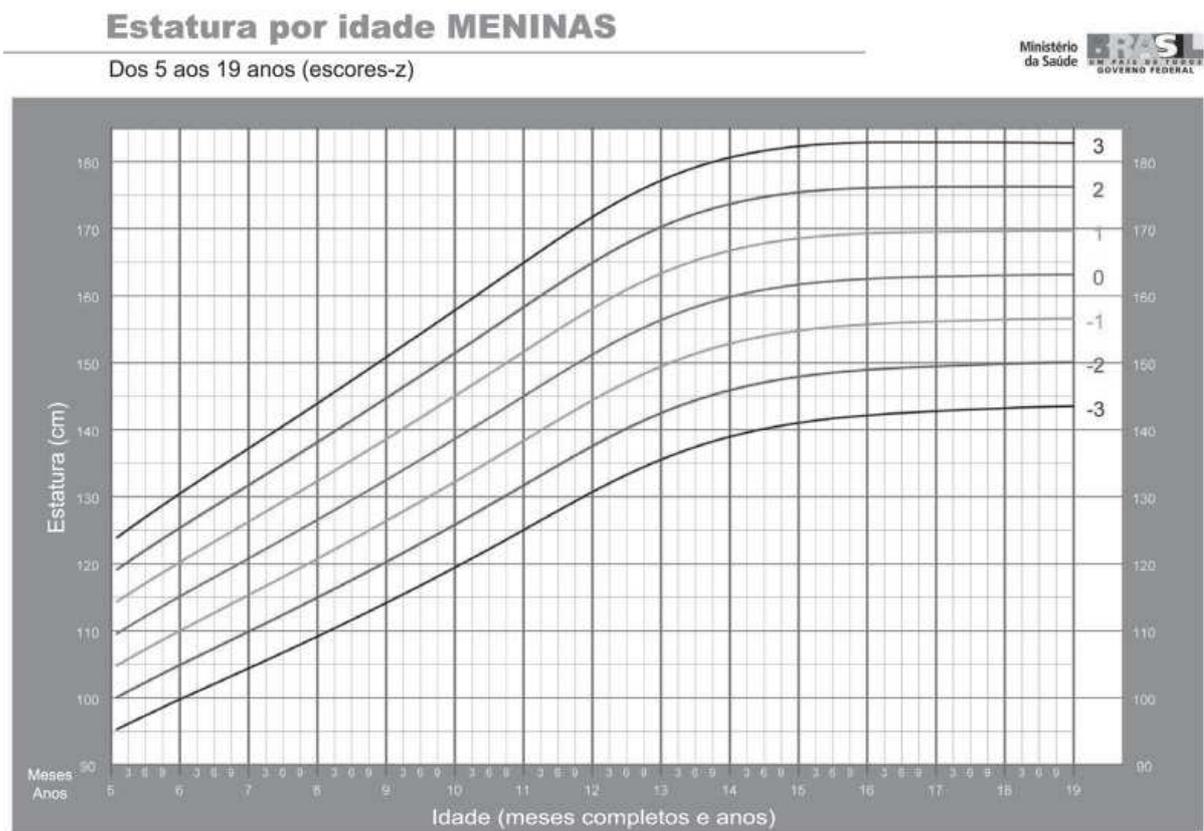
Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (2009, p. 75)

Gráfico Estatura por Idade - Meninos



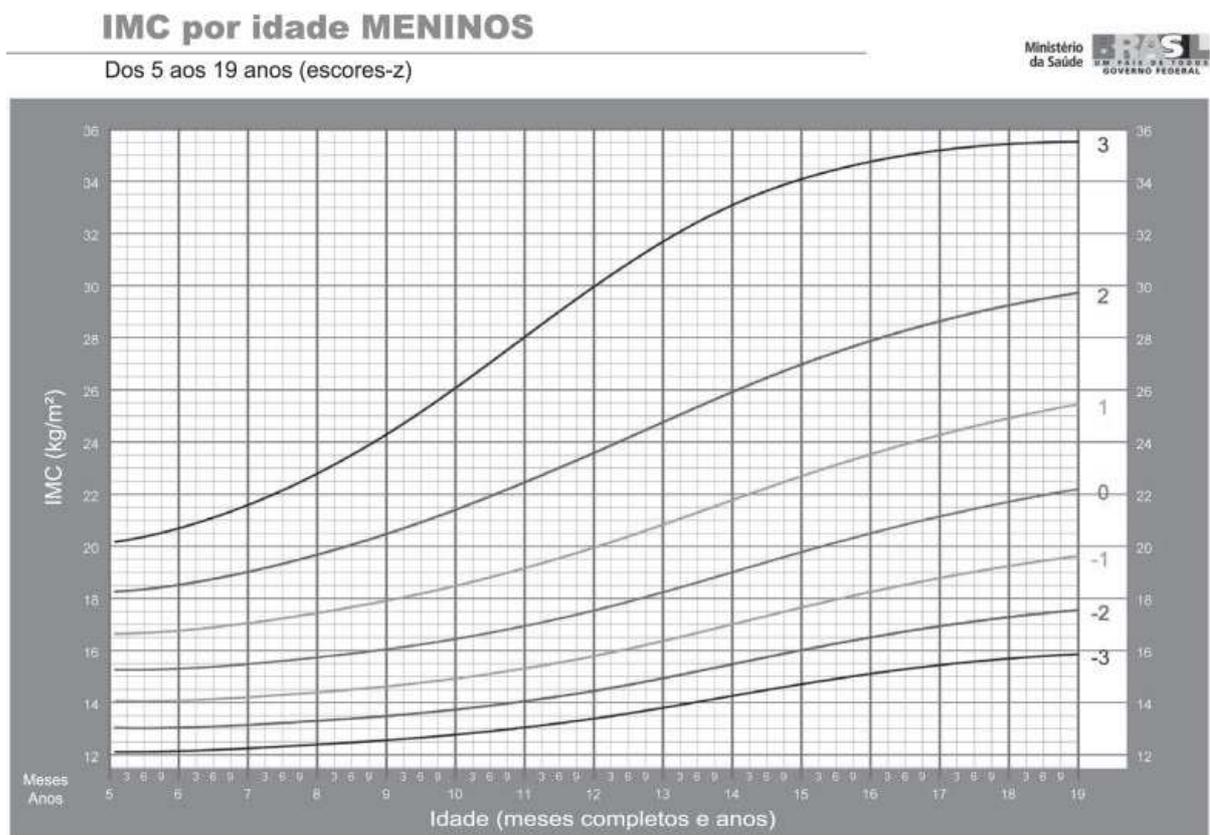
Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (2009, p. 77)

Gráfico Estatura por Idade - Meninas



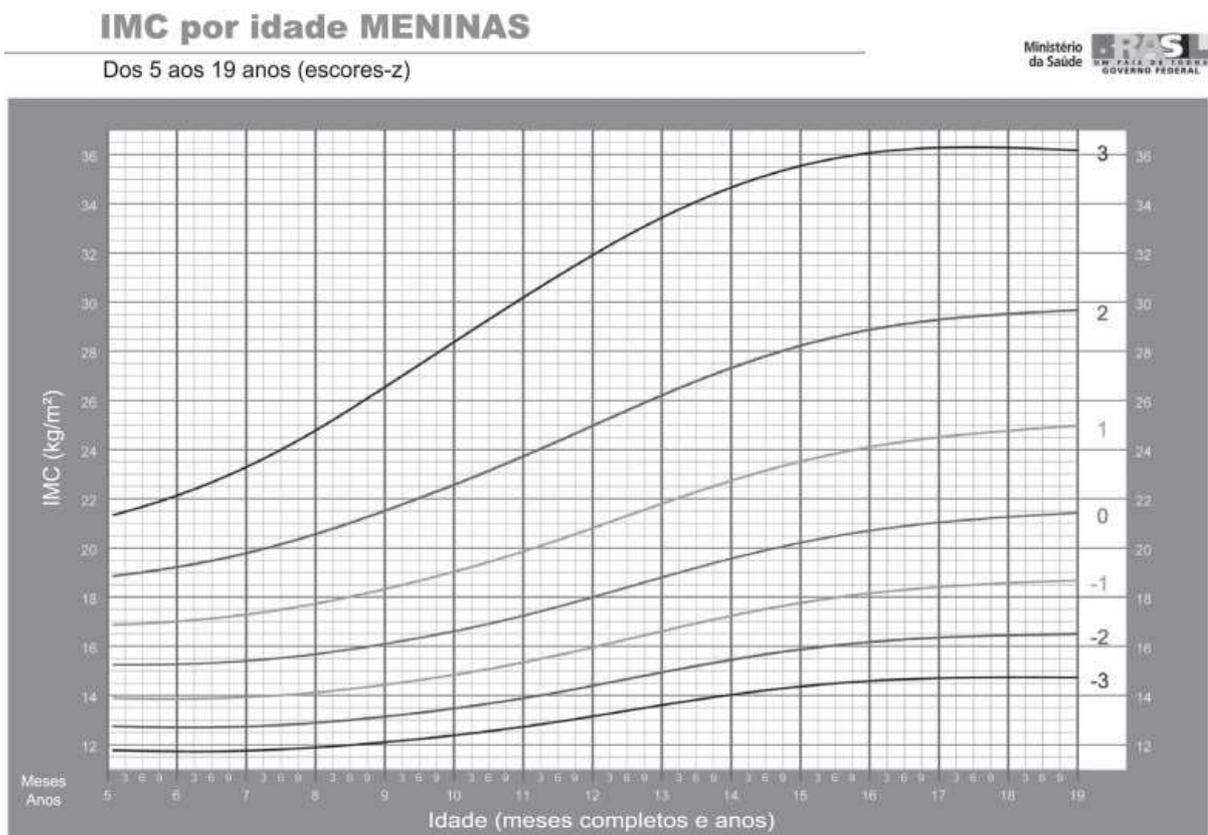
Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (2009, p. 77)

Gráfico IMC por Idade - Meninos



Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (2009, p. 80)

Gráfico IMC por Idade - Meninas



Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (2009, p. 80)