

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABAHADOR**

MARIANA DE OLIVEIRA DE ANDRADE ESTEVES

**AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO AO ADOLESCENTE COM
SOBREPESO E OBESIDADE IDENTIFICADOS PELO PROGRAMA SAÚDE
NA ESCOLA**

**UBERLÂNDIA – MG
2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR**

MARIANA DE OLIVEIRA DE ANDRADE ESTEVES

**AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO AO ADOLESCENTE COM
SOBREPESO E OBESIDADE IDENTIFICADOS PELO PROGRAMA SAÚDE
NA ESCOLA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGAT) do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito obrigatório para defesa no mestrado profissional.

Linha de pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Freire Sampaio

UBERLÂNDIA

2019

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

E79 Esteves, Mariana Oliveira de Andrade, 1972-
2019 Avaliação do cuidado ao adolescente com sobrepeso e
obesidade identificados pelo programa saúde na escola [recurso
eletrônico] / Mariana Oliveira de Andrade Esteves. - 2019.

Orientador: Antônio Carlos Freire Sampaio.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2381>
Inclui bibliografia.
Inclui ilustrações.

1. Geografia médica. I. Sampaio, Antônio Carlos Freire, 1955-,
(Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação
em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

ATA DE DEFESA

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador - PPGSAT			
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional, número: 76, PPGSAT			
Data:	20/08/2019	Hora de início:	10:00	Hora de encerramento: 12:00
Matrícula do Discente:	11712GST020			
Nome do Discente:	MARIANA OLIVEIRA DE ANDRADE ESTEVES			
Título do Trabalho:	"AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO AO ADOLESCENTE COM SOBREPESO E OBESIDADE IDENTIFICADOS PELO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA			
Área de concentração:	SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR			
Linha de pesquisa:	SAÚDE DO TRABALHADOR			
Projeto de Pesquisa de vinculação:				

Reuniu-se no Anfiteatro/Sala 50-F, Campus [Santa Mônica](#), da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores Doutores: [Eleusa Gallo Rosemburg](#) - UEMG; [Marlene Terezinha de Munhoz Colesanti](#) - UFU; e [Antônio Carlos Freire Sampaio](#) - UFU; orientador(a) do(a) candidato(a).

Iniciando os trabalhos o(a) presidente da mesa, Dr(a). Antônio Carlos Freire Sampaio, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato(a), agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(as) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

[Aprovado \(a\) com louvor.](#)

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos,

conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Antonio Carlos Freire Sampaio, Professor(a) do Magistério Superior**, em 20/08/2019, às 12:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eleusa Gallo Rosenberg, Usuário Externo**, em 20/08/2019, às 12:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marlene Teresinha de Muno Colesanti, Membro de Comissão**, em 20/08/2019, às 13:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1479846** e o código CRC **59633071**.

Referência: Processo nº 23117.073946/2019-00

SEI nº 1479846

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Classificação da condição dos indivíduos adultos a partir do IM	4
Tabela 2	Lista de super regiões, regiões e países em cada região	26
Tabela 3	Vendas detalhadas per capita de alimentos e bebidas ultraprocessados em 13 países da América Latina e do Caribe, 2000-2013.....	31
Tabela 4	Coeficientes de variação da prevalência de déficit de peso, de excesso de peso de obesidade na população com 20 anos ou mais de idade	34
Tabela 5	Prevalência de consumo alimentar e consumo alimentar médio <i>per capita</i> , por classes de rendimento total no período 2008-2009. Brasil	36
Tabela 6	Classificação do Estado Nutricional	57
Tabela 7	Número de Procedimentos Preventivos (2008-2012)	60
Tabela 8	Classificação do Estado Nutricional dos adolescentes cujos pais foram entrevistados	65
Tabela 9	Respostas às questões sobre recebimento do encaminhamento do profissional do PSE em quantidade e porcentagem. Uberlândia, 2019.	67
Tabela 10	Respostas à questão 7, por amostragem e porcentagem.....	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mudanças em porcentagem de prevalência de obesidade em adultos ao longo do tempo em países (WOD, 2018)	18
Figura 2	BMI-for-age BOYS (OMS, 2007).....	21
Figura 3	BMI-for-age GIRLS (OMS, 2007)	22
Figura 4	Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil nos <i>Estados Unidos da América</i> e oito países em desenvolvimento (LOBSTEIN, 2015)	23
Figura 5	IMC médio de indivíduos do sexo masculino entre 10 e 19 anos em diferentes regiões do mundo no ano de 2016.	25
Figura 6	Média de IMC, por estrato etário, na região Sul-Latino Americana.....	27
Figura 7	IMC médio de indivíduos do sexo feminino entre 10 e 19 anos em diferentes regiões do mundo no ano de 2016	28
Figura 8	Número de crianças e adolescentes obesas no mundo <i>entre os anos de 1975 a 2015</i>	29
Figura 9	Percentual de homens adultos com obesidade.....	40
Figura 10	Percentual de mulheres adultas com obesidade	41
Figura 11	Estado nutricional população de Uberlândia (SISVAN, 2017).....	50
Figura 12	Número de alunos classificados entre normal, sobrepeso e obesidade entre os avaliados nos anos de 2016, 2017, e 2018. Uberlândia, 2019.....	64

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEMEPE	Centro Municipal de Estudos e Projetos Educacionais Julieta Diniz
CF	Consciência Fonológica
CID	Classificação Internacional das Doenças
DALY	Ano de Vida Ajustado por Incapacidade (tradução)
ESF	Equipes de Saúde da Família
FES	Fundo Estadual de Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IOTF	Força Tarefa Internacional para Obesidade (tradução)
MTF	Memória de Trabalho Fonológica
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
POEPS	Política Estadual de Promoção à Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
RAN	Nomeação Automática Rápida (tradução)
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCQ	Relação Cintura Quadril
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
WOD	Dados de Obesidade Mundial (tradução)

RESUMO

INTRODUÇÃO: Atenção Primária à Saúde tem um papel de extrema relevância na vigilância em saúde no seu território de trabalho. Dentre as condições a serem monitoradas por esse serviço está o perfil nutricional. Essa ação tem sido apoiada pelo Programa Saúde na Escola. Contudo, percebe-se a existência de uma falha no processo de cuidado dos adolescentes identificados com sobrepeso ou obesidade a partir das ações desenvolvidas com escolares.

OBJETIVO: Avaliar a linha de cuidado aos adolescentes identificados com sobrepeso e obesidade por meio do Programa Saúde na Escola do Município de Uberlândia (Minas Gerais).

METODOLOGIA: O estudo foi composto por três investigações: 1) Estudo observacional descritivo e analítico da série histórica dos diagnósticos de sobrepeso e obesidade identificados em uma escola municipal; 2) Estudo qualitativo para compreensão das ações desenvolvidas no ambiente familiar a partir da recepção do encaminhamento; 3) Estudo qualitativo pautado na observação participante para compreensão do fluxo do adolescente dentro da unidade de saúde.

RESULTADOS: Os resultados mostraram que tem havido um aumento do número de adolescente com peso alterado. As percepções dos pais quanto a necessidade de cuidado foi diversa. Alguns pais justificam a dificuldade de acessar os serviços de saúde, o que foi contraposto por outros pais que iniciaram o cuidado facilmente. Houve ainda a percepção de que o sobrepeso ou obesidade são problemáticos apenas quando há alterações nos exames laboratoriais.

CONCLUSÃO: Há falhas na linha de cuidado ao adolescente com sobrepeso e obesidade. Entretanto, o ponto mais frágil encontrado foi no relacionamento dos pais com o diagnóstico de sobrepeso ou obesidade.

Palavras-chave: Obesidade. Sobrepeso. Adolescente. Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde Escolar.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Primary Care for Health has an extreme relevant role on health surveillance at workplace. Among the conditions to be examined, the nutritional profile is one of them. The “Program Health at School” has supported this acting. However, one may realize that there is a flaw on teenagers’ care process, which were identified with overweight or obesity since the acting developed alongside the students. **OBJECTIVE:** To evaluate the care for teenagers identified with overweight and obesity by the “Program Health at School” from the city of Uberlandia (Minas Gerais). **METODOLOGY:** Three investigation parts compose this study: 1) An observational, descriptive and analytical study of the historical chain formed by diagnoses of overweight and obesity got from a city’s public school. 2) A qualitative study for a better understanding of those actions developed at the familiar environment since the acceptance of the referral. 3) A qualitative study based on the observation for the understanding of teenagers’ flow at the health unit. **RESULTS:** The results revealed that there has been an increase on the number of teenagers with weight problems. Parents’ perception regarding the need for care was diverse. Some substantiated the hindrances to access health services, which has been counteracted by other parents that could access those services without any trouble. Besides that, there has been a perception that overweight or obesity are considered a problem only when stated by laboratorial exams. **CONCLUSION:** There are flaws in caring for overweight and obese teenagers. Although the most fragile point found by this research was related to parents’ relationship about obesity or overweight diagnosis.

Keywords: Obesity. Overweight. Teenager. Primary Care for Health. School Health Service.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	1
1- INTRODUÇÃO.....	2
2- OBJETIVOS	6
2.1- Geral	6
2.2- Específicos.....	6
3- JUSTIFICATIVA	7
4- METODOLOGIA.....	8
4.1- Tipo de Estudo.....	8
4.2 - População do Estudo	10
4.3- Instrumentos de Pesquisa	11
4.4- Coleta de Dados.....	11
4.5- Aspectos Éticos.....	12
4.6- Análise de Dados.....	12
5- REVISÃO DE LITERATURA.....	14
5.1- Obesidade adulta e infantil ao redor do mundo.....	14
5.2- Obesidade no Brasil	32
5.3- Obesidade em crianças e adolescentes brasileiros	42
5.3. Obesidade em Uberlândia-MG	49
5.4. O Programa Saúde na Escola	51
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	64
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS	84

APRESENTAÇÃO

Este estudo que originou essa dissertação teve como objetivo avaliar a linha de cuidado aos adolescentes identificados com sobrepeso e obesidade por meio do Programa Saúde na Escola do Município de Uberlândia (Minas Gerais).

O estudo foi composto por três investigações que compuseram o Método do Estudo de Caso. Esse método é reconhecido no âmbito da abordagem qualitativa pela sua capacidade de aglutinar diferentes tipos de investigação em uma mesma pesquisa com a finalidade de compreender uma determinada unidade de análise. Assumiu-se como unidade de análise a linha de cuidado na Atenção Primária em Saúde ao adolescente com sobrepeso e obesidade identificado pelo Programa Saúde na Escola (PSE). As três investigações realizadas foram: 1) Estudo observacional descritivo e analítico da série histórica dos diagnósticos de sobrepeso e obesidade identificados em uma escola municipal; 2) Estudo qualitativo para compreensão das ações desenvolvidas no ambiente familiar a partir da recepção do encaminhamento; 3) Estudo qualitativo pautado na observação participante para compreensão do fluxo do adolescente dentro da unidade de saúde.

1- INTRODUÇÃO

Moraes e Dias (2012) identificam a atribuição de status positivo aos alimentos e ao acesso a eles tem sido recorrente em diferentes épocas e sociedades, constituindo inclusive símbolo de opulência. O ganho de peso e acúmulo de gordura externamente visível, por outro lado, ganham diferentes conotações a depender da época e do lugar. Há referências à obesidade descrita como doença, desde os tempos de Hipócrates (460-377 a.C.), que em seus escritos sugeria medidas terapêuticas semelhantes ao que hoje, de acordo com o senso comum, seria “solução” para a obesidade, tais como trabalhos braçais, prática de exercícios, menor ingestão de alimentos. (MORAES; DIAS, 2012).

A forma como a sociedade lida e interpreta a questão da obesidade envolve, conforme Pimenta (2015), noções estéticas, do que é ou não considerado um indivíduo “saudável”, e de status social, sendo que todas essas categorias variam de uma sociedade para outra, e a depender do período analisado. À partir de revisão bibliográfica, o autor supracitado afirma que na Idade Média a obesidade costumava ser vinculada às noções de gula e exagero, e não raro, vista como resultado de ato pecaminoso, muito mais que uma questão de saúde física. O autor analisa obras de arte do final da Idade Média, e sobretudo pinturas renascentistas, para corroborar a percepção de que o sobrepeso tinha valor estético positivo, tendo em vista que as “musas inspiradoras” de vários artistas tinham formas arredondadas (PIMENTA: 2015).

Para Pimenta (2015), paralelamente ao processo de industrialização, iniciava-se uma estigmatização social da obesidade, ainda ligada a preceitos filosóficos e religiosos depreciativos da gula, mas com uma influência cada vez mais intensa dos fatores estéticos. Nesse caso, a identificação entre a magreza e o belo, associada à pressupostos nutricionais que destacavam aspectos patológicos da obesidade, tornaram a estigmatização ainda mais aguda. Meios de comunicação de massa, com publicidade e concepções de moda muito ligadas à identificação entre magro e belo teriam sido decisivos para disseminação da ênfase nos aspectos julgados prejudiciais da obesidade. A definição da “normalidade” com base em referenciais estatísticos estaria, desde o século XIX, ao menos nos países ocidentais, e não por acaso incluindo o Brasil, dando condições para a exclusão e tratamento

discriminatório para os indivíduos nos dois extremos da questão do porte físico: tanto o “muito magro” quanto o “muito gordo” (PIMENTA, 2015).

De acordo com Pimenta, Rocha e Marcondes (2015), com a criação da Organização Mundial de Saúde, a obesidade teria sido incluída, já em 1948, na Classificação Internacional das Doenças (CID). Contudo, os autores destacam que a repercussão pública em torno da doença ainda era restrita, de forma que não se constituía em alvo de políticas de Estado, tanto que organizações internacionais como a própria OMS ainda não tinham protocolos ou orientações que se dirigissem aos países ao redor do mundo.

Nos 1990, ainda conforme Pimenta, Rocha e Marcondes (2015), o Índice de Massa Corpórea (IMC) era utilizado como parâmetro para definição de situações de obesidade, inclusive por empresas de seguros de vida estadunidenses, que buscavam restringir a cobertura de serviços aos clientes considerados obesos, buscando comprovar a maior mortalidade dos mesmos se comparados à média dos pacientes não obesos. Os autores localizam aí o momento em que a medicina teria começado, de forma mais efetiva, a incentivar as pessoas a perderem peso. Atualmente, a OMS define a obesidade como acúmulo anormal ou excessivo de gordura no corpo, que pode atingir patamares prejudiciais à saúde. O IMC, principal critério utilizado, é uma razão simples entre peso e altura do indivíduo, ou seja, divide-se o peso pelo quadrado da altura. O resultado é registrado em kg/m² (quilogramas por metro quadrado) e oferece, segundo a OMS, a medida de obesidade adulta mais útil a nível populacional (BALDESSIN; MARQUES, 2016)

A partir do cálculo do IMC, a OMS e o Ministério da Saúde, adotam a seguinte classificação (Tabela 1).

Conforme se tornou mais consensual a identificação da obesidade enquanto patologia, em diferentes países, se torna mais efetivo o esforço no sentido de compreender o fenômeno qualitativa e quantitativamente, recebendo crescente atenção de órgãos como a Organização Mundial de Saúde (OMS), bem com a criação de instituições especificamente voltadas para a população obesa ou com sobrepeso, como a *International Obesity Task Force* (IOTF).

Tabela 1 – Classificação da condição dos indivíduos adultos a partir do IMC

Classificação	IMC (kg/m²)
Baixo Peso	Menor que 18,5
Normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	Maior que 25
Pré-obeso	25 – 29,9
Obeso I	30 – 34,9
Obeso II	35 – 39,9
Obeso III	Maior que 40

Fonte: Brasil (2000).

Nesse cenário, o monitoramento realizado pela Atenção Primária à Saúde é de extrema relevância para a atenção oportuna à saúde dessa população. Assim, um dos pontos estratégicos é a avaliação e monitoramento dos dados antropométricos, que podem revelar quadros de alterações nutricionais (ALENCAR et al., 2015). Conforme destacado por Henriques et. al (2018), a obesidade tem sido pautada como área de intervenção governamental no Brasil desde a criação da primeira Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), instituída pela Portaria nº 710, do Ministério da Saúde, de junho de 1999.

A partir desse contexto, a pesquisa que resultou na presente dissertação assumiu dois pressupostos. O primeiro pressuposto é a importância do cuidado com o adolescente que apresente diagnóstico nutricional alterado para reduzir o número de morbidades associadas a esse quadro clínico (comorbidades). O segundo pressuposto é a verificação empírica no sentido de observar se a linha de cuidado¹ dessa população, iniciada com o levantamento de dados antropométricos pelo

¹ A linha de cuidado consiste na coleta de dados antropométricos dos estudantes, incluindo pesagem, medição de altura, verificação de idade, sexo e cor. O procedimento não é obrigatório para todos os estudantes, de forma que, após esclarecimento em sala de aula sobre a natureza do trabalho a ser realizado, os mesmos são convidados a participar da atividade. No ato da pesagem é solicitado que se retirem calçados e agasalhos, caso os mesmos estejam sendo usados. Os dados coletados são inseridos na plataforma Fastmedic, que, segundo os Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), classificará cada caso como sendo de baixo peso, peso normal, sobrepeso e obesidade. Após a triagem feita na plataforma, os estudantes identificados como caso de sobrepeso ou obesidade recebem encaminhamento, a ser levado às mães, pais, ou outros responsáveis, que deverão procurar a unidade de saúde para agendamento de consulta com nutricionista. À partir do atendimento com nutricionista poderão ser solicitados exames clínicos, e a partir daí, aplicação de dieta, exercícios etc.

Agente de Saúde Escolar, apresenta lacunas que impactam negativamente sobre o cuidado do adolescente com sobrepeso e obesidade. A partir disso, essa pesquisa assume a hipótese de que a linha de cuidado dos adolescentes com sobrepeso e obesidade, identificados a partir do Programa Saúde na Escola, pode ter falhas que impedem a atenção oportuna à população de estudo.

2- OBJETIVOS

2.1- Geral

Avaliar a linha de cuidado aos adolescentes identificados com sobrepeso e obesidade por meio do Programa Saúde na Escola do Município de Uberlândia (Minas Gerais).

2.2- Específicos

- a) Traçar a série histórica do sobrepeso e obesidade entre os adolescentes de uma escola municipal.
- b) Verificar qual a percepção dos pais desses adolescentes sobre o encaminhamento, bem como das ações realizadas frente a ele;
- c) Verificar a chegada do adolescente ao serviço de saúde e o percurso até o cuidado.

3- JUSTIFICATIVA

A partir da compreensão a importância da atuação tanto do Agente de Saúde Escolar, quanto da família do adolescente, quanto da equipe de Saúde da Família no processo de cuidado do adolescente com sobrepeso e obesidade, torna-se oportuno investigar a linha de cuidado dos adolescentes com sobrepeso e obesidade existente na relação intersetorial (escola e unidade de saúde). Essa investigação verificou a existência de falhas no processo de cuidado, criando possibilidade de qualificação e aprimoramento da linha de cuidado ao adolescente. A presente investigação surgiu a partir da percepção empírica de que os adolescentes diagnosticados pelo Agente de Saúde Escolar em um ano, permaneciam sem cuidado até o ano seguinte.

4- METODOLOGIA

4.1- Tipo de Estudo

A pesquisa em desenvolvimento foi realizada pelo Método do Estudo de Caso, tendo como unidade de análise a linha de cuidado na Atenção Primária em Saúde ao adolescente com sobre peso e obesidade identificado pelo PSE. É possível identificar as primeiras utilizações do estudo de caso enquanto método na sociologia e antropologia, ao final do século XIX e início do século XX, em estudos de Frédéric Le Llay, na França, Bronislaw Malinowski, ou mesmo por membros da Escola de Chicago, nos Estados Unidos. Estes estudos, em diferentes áreas do conhecimento, objetivavam estudar a vida em sociedade, partindo da compreensão de um caso, geralmente demandante de uma solução, para fins de diagnóstico, tratamento ou acompanhamento. A prática disseminou-se para as áreas de direito, administração e ciências da saúde (medicina, enfermagem etc.), aplicada não só à pesquisa, mas também como recurso didático, com o intuito de ilustrar uma situação e/ou estimular situações de ensino a partir do estudo e compreensão do caso específico (ANDRÉ, 2008).

Esse método é reconhecido no âmbito da abordagem qualitativa pela sua capacidade de aglutinar diferentes tipos de estudo em uma mesma pesquisa com a finalidade de compreender uma determinada unidade de análise, ou também chamada de caso. O caminho a ser trilhado no estudo de caso, independentemente do objeto de estudo delimitado, geralmente:

[...] começa com uma revisão minuciosa da literatura e com a proposição cuidadosa e atenta das questões ou objetivos da pesquisa. Igualmente importante será a dedicação aos procedimentos formais e explícitos ao realizar a pesquisa. [...] a pesquisa do estudo de caso inclui procedimentos importantes para todos os tipos de métodos de pesquisa, como a proteção contra as ameaças à validade, mantendo uma “cadeia de evidências”. (YIN 2010, p. 23)

Yin (2010) lembra que o estudo de caso é usado em muitas situações, com importantes contribuições para o entendimento de fenômenos sejam eles individuais, grupais, regionais, políticos etc., e por isso pode ser verificado em trabalhos das áreas de psicologia, sociologia, ciência política, antropologia, assistência social, educação enfermagem, de forma que a verificação da efetividade de políticas e

programas de saúde públicos, por exemplo, é tema recorrente em pesquisas que empregaram o estudo de caso (YIN, 2010). O estudo de caso ultrapassaria a compilação estatística pois se propõe a verificar, na prática, como são tomadas determinadas decisões e o porquê, como se aplicam concretamente determinadas políticas e diretrizes, ou seja, levaria a um entendimento mais complexo dos fenômenos estudados:

(...) a necessidade diferenciada dos estudos de caso surge do desejo de entender os fenômenos sociais complexos. Em resumo, o método de estudo de caso permite que os investigadores retenham as características holísticas e significativas dos eventos da vida real – como os ciclos individuais da vida, o comportamento dos pequenos grupos, os processos organizacionais e administrativos, a mudança de vizinhança, o desempenho escolar, as relações internacionais e a maturação das indústrias. (YIN 2010: p. 24).

Ainda de acordo com Yin (2010), o estudo de caso é preferível quando os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, aproximando-se em muitos aspectos da pesquisa histórica, sendo dois dos principais diferenciais seriam a frequência com que se usam entrevistas e observação direta dos eventos em estudo. Isso se aplica ao presente trabalho uma vez que, a autora dele, fez uso de entrevistas semiestruturadas, e empreendeu a observação direta, inclusive por causa da natureza de sua atuação profissional. Seja nos casos exemplificados por Yin (2010), seja na condução do presente trabalho, é notável a variedade de evidências com que se lida nos trabalhos de estudo de caso. Resumidamente, o estudo de caso se mostra aplicável quando se pretende elucidar um fenômeno da vida real em profundidade, mas sem desconsiderar importantes dados contextuais (YIN, 2010). No presente trabalho, compreender de forma aprofundada a linha do cuidado com o adolescente identificado com sobrepeso ou obesidade, envolve a análise de concepções e diretrizes que orientam a atenção básica no SUS, bem como o Programa Saúde na Escola; confrontando-as com a realidade vivenciada por estudantes de uma escola específica. A interligação entre fenômeno e contexto não pode então ser desconsiderada, sendo elemento crucial no desenvolvimento de qualquer estudo de caso. Por fim, vale salientar que “a pesquisa de estudo de caso comprehende um método abrangente – cobrindo a lógica do projeto, as técnicas de coleta de dados e as abordagens específicas à análise de dados” (YIN, 2010), não devendo ser reduzido a mera técnica de coleta de dados.

Para compreensão desse objeto foram definidos três tipos: 1) Estudo observacional descritivo e analítico da série história dos diagnósticos de sobrepeso e obesidade identificados em uma escola municipal; 2) Estudo qualitativo para compreensão das ações desenvolvidas no ambiente familiar a partir da recepção do encaminhamento; 3) Estudo qualitativo pautado na observação participante para compreensão do fluxo de cuidado do adolescente dentro da unidade de saúde.

4.2 - População do Estudo

O estudo foi desenvolvido a partir das ações do Programa Saúde na Escola (PSE) realizadas na Escola Municipal Professora Orlanda Neves Strack, município de Uberlândia. Essa escola em estudo possui 11 turmas de 6º ao 9º ano, totalizando aproximadamente 300 alunos. No ano de 2017 foram avaliados quanto aos dados antropométricos 241 alunos. A diferença entre o valor numérico de alunos matriculados e os alunos efetivamente avaliados ocorreu em função de faltas e de recusas. A referida escola foi incorporada ao estudo intencionalmente, tendo em vista a parceria sólida existente com a pesquisadora e com a unidade de saúde de referência, o que possibilitou a compreensão da unidade de análise em estudo.

Na primeira etapa (série histórica) foram utilizados dados secundários produzidos pelo PSE referentes à avaliação antropométricas dos adolescentes do 6º ao 9º ano da Escola Municipal Professora Orlanda Neves Strack, dos anos de 2016, 2017 e 2018.

Na segunda etapa, foram incluídas as mães, pais e outros responsáveis, consultados através de entrevistas semiestruturadas pelas quais buscou-se averiguar a continuidade e caracterização das ações previstas no Programa Saúde Na Escola. Desta forma, buscou-se entrevistar as mães, pais e outros responsáveis cujos filhos foram identificados como estando em situação de sobrepeso ou obesidade.

No terceiro estudo, foi incluída a equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família Minas Gerais. Essa unidade é referência para os encaminhamentos realizados pelo PSE na escola em que o estudo se origina. A unidade é composta por duas equipes de Saúde da Família responsáveis pelo atendimento primário de saúde da população do Bairro Minas Gerais (Uberlândia, Minas Gerais). De forma complementar ao cuidado realizado pelos profissionais das

equipes de Saúde da Família, a população do Minas Gerais também é acompanhada por profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família Minas Gerais. Esse Núcleo é formado por uma equipe multiprofissional que apoia os cuidados planejados pelas equipes de Saúde da Família.

4.3- Instrumentos de Pesquisa

Para o primeiro estudo foram utilizados os dados produzidos pelo PSE referentes à coleta de dados antropométricos realizados nos anos de 2016, 2017 e 2018.

Para o segundo estudo foi utilizado um roteiro de entrevista (Apêndice 1) visando a entrevista semiestruturada com pais e responsáveis pelo adolescente que recebeu o encaminhamento para a Unidade de Saúde em função do diagnóstico de sobrepeso ou obesidade.

Para o terceiro estudo foi utilizado um roteiro de observação participante (Apêndice 2) para coleta de dados referentes ao fluxo de cuidado interno da unidade referente ao cuidado do adolescente encaminhado com sobre peso ou obesidade.

4.4- Coleta de Dados

Na primeira etapa, a coleta foi realizada juntamente ao Programa Saúde na Escola tomando como referência dos dados produzidos nos anos de 2016, 2017 e 2018 na coleta de dados antropométricos realizadas pelo Agente de Saúde Escolar.

Na segunda etapa foi realizada coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com pais dos adolescentes identificados com sobre peso ou obesidade nos dados coletados no ano de 2018 pelo PSE. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas visando a análise. Nessa etapa, a vivência e observação participante da autora do presente trabalho constituíram também fontes relevantes de informação.

Na terceira etapa, por meio da observação ativa, a pesquisadora buscou conhecer o percurso realizado desde a chegada do encaminhamento do adolescente até a conclusão do cuidado prestado a esse adolescente.

4.5- Aspectos Éticos

A pesquisa foi submetida a avaliação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia e aprovada em 13 de julho de 2017 segundo o parecer nº 2.770.877.

A coleta de dados ocorreu apenas após o consentimento informado os participantes e apenas no segundo e terceiro estudo, o qual ocorreu por meio da elucidação dos objetivos e metodologia da pesquisa e, posteriormente, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na segunda etapa o TCLE foi colhido dos pais dos adolescentes identificados com sobrepeso e obesidade no ano de 2018.

Na terceira etapa o TCLE foi colhido do nutricionista, dos enfermeiros e dos recepcionistas de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Minas Gerais, bem como dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família Minas Gerais que estiveram presentes na unidade nos dias da observação participante.

4.6- Análise de Dados

Os dados coletados no primeiro estudo foram tabulados com o auxílio do Software Excel® da Microsoft Office e analisados por meio estatística descritiva.

Os dados referentes ao segundo estudo foram analisados por meio de estatística descritiva (anotações da pesquisadora quanto ao número de encaminhamentos recebidos pelos responsáveis) e por meio de Análise de Conteúdo Temático. Esse modelo de análise se desenvolve em três etapas (Pré-Análise, Exploração do Material, Tratamento e Interpretação). No momento da Pré-Análise as hipóteses e os objetivos iniciais norteiam a leitura flutuante do material transrito. A partir das leituras flutuantes são confeccionadas novas hipóteses, que junto às hipóteses iniciais e à teoria selecionada para a análise permitem a formação dos indicadores. Inicia-se então a Exploração do Material, que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, a pesquisadora identifica as palavras e expressões mais significativas em torno das quais o conteúdo se organiza (categorias). Em posse das categorias, passa-se ao processo de Tratamento e Interpretação das categorias. A etapa final busca compreender os conteúdos, indo

além das aparências manifestadas nas falas. Assim, a Análise de Conteúdo deve pautar-se em um recorte interpretativo (MINAYO, 2015).

Os dados do terceiro estudo foram analisados de forma descritiva, utilizando-se de medidas de frequência.

5- REVISÃO DE LITERATURA

5.1- Obesidade adulta e infantil ao redor do mundo

A Carta de Ottawa, de 1986, expressava as considerações básicas da OMS a respeito da promoção da saúde, tratada no documento como dimensão ampla e complexa da vida em sociedade, de forma que a responsabilidade sobre ela recairia sobre setores públicos e privados da sociedade:

[...] a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, têm a responsabilidade maior na mediação entre os diferentes, em relação à saúde, existentes na sociedade. As estratégias e programas na área da promoção da saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos. (OMS, 1986, p. 2)

O documento supracitado também destaca que as políticas de promoção da saúde devem levar em consideração as particularidades culturais e sociais de cada país ou região; devem incorporar ações de prevenção, disseminação de informações, tratamento etc.; e precisam necessariamente apoiar-se no princípio da equidade e combate às desigualdades. Isso porque, reconhece-se que a desigualdade de acesso a serviços de saúde comprometeria a criação de ambientes saudáveis. Além da questão das desigualdades, Carta de Ottawa já alertava para intrínseca relação entre preservação ambiental e promoção de saúde, enfatizando mais uma vez o caráter intersetorial do enfrentamento dos obstáculos que se colocam diante da promoção da saúde. O documento também assevera sobre a necessidade de coibir a fabricação de produtos prejudiciais à saúde; atuar na garantia da segurança no trabalho; e reconhecer as pessoas como principais sujeitos na promoção da saúde, seja do ponto de vista do autocuidado, seja enquanto agentes de saúde (OMS: 1986). Não há, no documento em questão, referências a doenças específicas, contudo, ele expõe princípios que, em tese, norteiam as políticas em saúde em diferentes países.

Em relatório publicado em 2002, a Organização Mundial da Saúde destacou os 20 fatores de risco mais associados a redução da expectativa de vida saudável ao redor do mundo, sendo eles desnutrição, relações sexuais desprotegidas, hipertensão, tabagismo, alcoolismo, más condições de higiene e saneamento, colesterol alto, resíduos de tabaco usado em lugares fechados, sobrepeso, deficiência de zinco, baixo consumo de frutas e legumes, deficiência de vitamina A, sedentarismo, exposição a riscos de lesão, exposição ao chumbo, uso de drogas ilícitas, injeções sem segurança, falta de contraceptivos e abuso sexual de menores (OMS, 2002). É importante destacar que, nesse caso, a OMS trabalha com o conceito de expectativa de vida saudável, ou seja, a previsão de quantos anos o indivíduo viverá sem complicações de saúde expressivas. O impacto desses fatores foi mensurado em *Disability-Adjusted Life Year* (DALY), de forma que um DALY corresponde à perda de um ano de vida saudável. O relatório concluiu que em países em desenvolvimento com alta taxa de mortalidade, o sobrepeso em si seria responsável por cerca de 2,3% da redução da expectativa de vida saudável. Nos países desenvolvidos corresponderia a 0,5%, e nos países em desenvolvimento classificados como de baixa mortalidade, o sobrepeso seria responsável por cerca de 1,2% da redução de DALY. (OMS, 2002). A OMS também destaca que muitos dos fatores de risco elencados atuam de forma conjunta. Assim, sedentarismo, altos níveis de colesterol e obesidade, por exemplo, podem vir associados entre si, um fator agravando o outro.

Percebe-se uma preocupação crescente com a questão da obesidade e seus desdobramentos, de forma que OMS (2002) reafirma que o critério de identificação é o IMC, sendo o sobrepeso correspondente a IMC entre 25 kg/m² e 29,9 kg/m²; e a obesidade correspondente a IMC superior a 30 kg/m². Contudo, o documento assevera níveis de IMC entre 20 e 22 kg/m² já representariam um aumento do risco de adoecimento. Em termos de identificação de padrões regionais, entre países de diferentes perfis socioeconômicos, o relatório apresenta as seguintes conclusões:

Adult mean BMI levels of 20–23 kg/m² are found in Africa and Asia, while levels are 25–27 kg/m² across North America and Europe. BMI increases among middle-aged and elderly people, OMS are at greatest risk of health complications. Increases in free sugar and saturated fats, combined with reduced physical activity, have led to obesity rates that have risen three-fold or more since 1980 in some areas of North America, the United Kingdom, Eastern Europe, the Middle East, the Pacific Islands, Australasia and China. A new demographic transition in developing countries is producing rapid

increases in BMI, particularly among the young. The affected population has increased to epidemic proportions, with more than one billion adults worldwide overweight and at least 300 million clinically obese² (OMS, 2002: p. 60)

Diante do caráter heterogêneo dos países membros da Organização Mundial de Saúde, foi elaborada uma classificação a partir dos índices de mortalidade mensurados em 1999, considerando tanto a mortalidade adulta, indivíduos entre 15 e 59 anos; e a mortalidade infantil, de crianças menores de 5 anos. No estrato A estariam os países com os baixíssimos índices de mortalidade infantil e adulta. No patamar B, países com baixos índices de mortalidade infantil e adulta. No estrato C, países com baixos índices de mortalidade infantil, porém com altos índices de mortalidade adulta. No agrupamento D, países com altos índices de mortalidade adulta e infantil. Por fim, no estrato E, países com alto índice de mortalidade infantil e mortalidade adulta muito alta (OMS: 2002). O documento ressalta que a classificação não tem caráter oficial, servindo para fins basicamente de análise, mas interessa aqui observar que o Brasil foi incluído no estrato Américas B, ou seja, comparativamente a outros países, baixas mortalidades adulta e infantil, ao lado de países como Argentina, Bahamas, Chile, Colômbia, México, dentre outros (OMS: 2002). Alguns dados sobre a situação do Brasil, divulgadas pela OMC na época, foram: uma expectativa de vida de 65,5 anos para homens, e 72 anos para mulheres, em 2001; numa população que era de 172.558.000 de habitantes (OMS: 2002). Considerando o agrupamento Américas B, do qual o Brasil fazia parte, e que apresentava baixas mortalidade infantil e adulta, dados referentes ao ano 2000 revelam que na região o IMC médio era de 26 kg/m², ou seja, valor que já configura sobrepeso; juntando-se a isso o fato que a prevalência do sedentarismo era de 23% na mesma região, percebe-se o quadro alarmante que se desenharia para os próximos anos (OMS: 2002).

² "Níveis médios de IMC em adultos de 20-23 kg / m² são encontrados na África e Ásia, enquanto os níveis 25 a 27 kg / m² são encontrados na América do Norte e na Europa. O IMC aumenta entre pessoas de meia-idade e idosos, que estão em maior risco de complicações de saúde. Aumentos no consumo de açúcar e gorduras saturadas, combinadas com atividade física reduzida, levaram a taxas de obesidade que subiram três vezes ou mais desde 1980 em algumas áreas da América do Norte, Reino Unido, Europa Oriental, Oriente Médio, Ilhas do Pacífico, Austrália e China. Uma nova transição demográfica nos países em desenvolvimento está produzindo um rápido aumento do IMC, entre os jovens. A população afetada aumentou para proporções epidêmicas, com mais de um bilhão de adultos no mundo com excesso de peso e pelo menos 300 milhões de obesos." Tradução da autora.

Os resultados divulgados pela OMS no relatório de 2002 impactaram expressivamente sobre as resoluções da 57ª Assembleia Mundial da Saúde, de 2004. Especificamente no tocante à obesidade, o organismo internacional lembra que:

In the poorest countries, even though infectious diseases and undernutrition dominate their current disease burden, the major risk factors for chronic diseases are spreading. The prevalence of overweight and obesity is increasing in developing countries, and even in low-income groups in richer countries. An integrated approach to the causes of unhealthy diet and decreasing levels of physical activity would contribute to reducing the future burden of noncommunicable diseases.

For all countries for which data are available, the underlying determinants of noncommunicable diseases are largely the same. Factors that increase the risks of noncommunicable disease include elevated consumption of energy-dense, nutrient-poor foods that are high in fat, sugar and salt; reduced levels of physical activity at home, at school, at work and for recreation and transport; and use of tobacco. Variations in risk levels and related health outcomes among the population are attributed, in part, to the variability in timing and intensity of economic, demographic and social changes at national and global levels. Of particular concern are unhealthy diets, inadequate physical activity and energy imbalances in children and adolescents (OMS: 2004, p. 42)³

O trecho supracitado destaca o aumento do impacto de doenças crônicas, não transmissíveis, em países antes mais afetados por doenças infecciosas e mortalidade infantil relacionada à desnutrição, por exemplo. Há um destaque para a questão comportamental, sobretudo dieta e pouca atividade física, mas que não resultariam simplesmente de escolha individual, mas sobretudo como reflexo de mudanças socioeconômicas, tais como o aumento do consumo de produtos industrializados. Por fim o documento atesta a mudança no perfil etário dos indivíduos com sobre peso ou obesidade: o número de crianças e adolescentes

³ "Nos países mais pobres, embora as doenças infecciosas e a subnutrição ainda sejam predominantes, os principais fatores de risco para doenças crônicas estão se espalhando. A prevalência de sobre peso e obesidade está aumentando nos países em desenvolvimento e mesmo em grupos de baixa renda nos países mais ricos. Uma abordagem integrada para as causas da dieta pouco saudável e níveis decrescentes de atividade física contribuiria para reduzir o aumento futuro de doenças não transmissíveis.

Para todos os países para os quais existem dados disponíveis, os determinantes subjacentes das doenças não transmissíveis são praticamente os mesmos. Fatores que aumentam os riscos de doenças não transmissíveis incluem o consumo elevado de alimentos calóricos e pobres em nutrientes, ricos em gordura, açúcar e sal; níveis reduzidos de atividade física em casa, na escola, no trabalho e para recreação e transporte; e uso de tabaco. As variações nos níveis de risco e nos resultados de saúde relacionados entre a população são atribuídas, em parte, à variabilidade no tempo e intensidade das mudanças econômicas, demográficas e sociais nos níveis nacional e global. Particularmente preocupantes são dietas não saudáveis, atividade física inadequada e desequilíbrios energéticos em crianças e adolescentes." Tradução da autora.

afetados, justamente o objeto da presente pesquisa, está aumentado de forma preocupante. É nesse sentido que foi criada a Estratégia Global em Alimentação, Atividade Física e Saúde, visando promover e conservar a saúde, fomentando um ambiente favorável a ações sustentáveis, que para se concretizarem, envolveriam esforços que vão desde a iniciativa individual, passando pelo esforço comunitário, pelo empenho dos Estados, até o compromisso global em reduzir as taxas de óbito relacionadas à má alimentação e inatividade física (OMS: 2004).

A Figura 1 a seguir permite observar a evolução da obesidade em diferentes países desde 1975 a 2015:

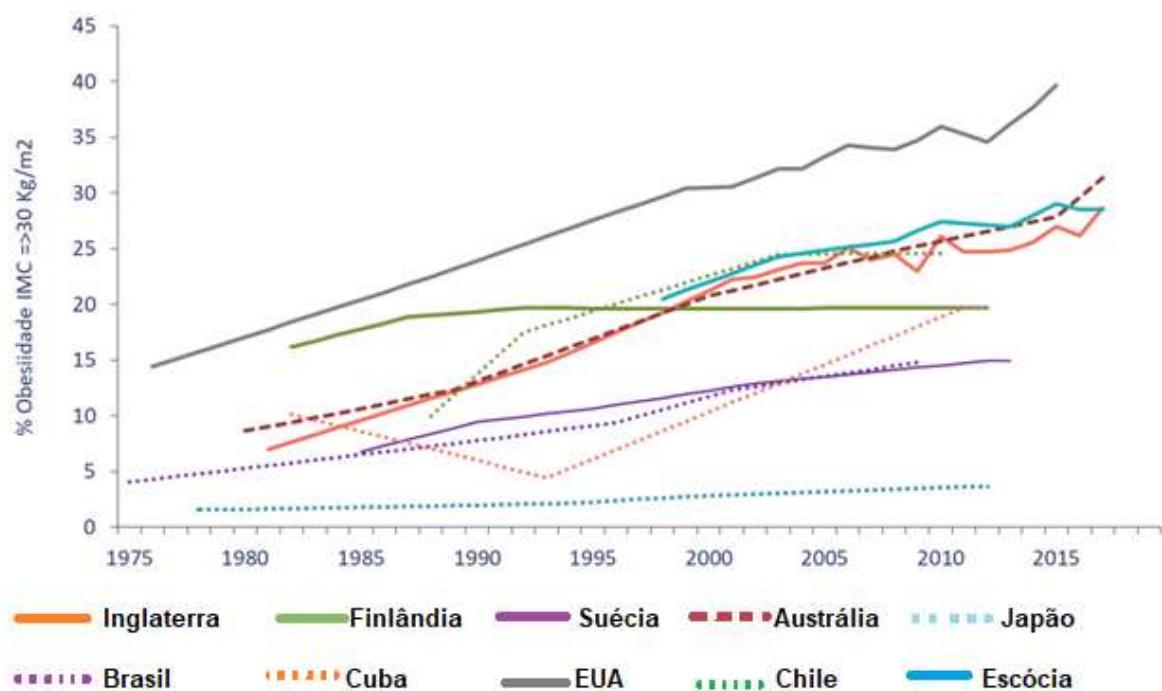


Figura 1 - Mudanças em porcentagem de prevalência de obesidade em adultos ao longo do tempo em países (WOD, 2018).

Os únicos países que apresentaram redução no percentual de obesos foram a Finlândia e o Chile, cujas taxas começaram a cair por volta de 1995 e 2005, respectivamente. O Japão apresentou aumento na porcentagem de obesos, mas ainda assim foi o aumento menos acentuado. Dos países apresentados no gráfico, os EUA consistem no caso mais alarmante, com uma população de obesos representado cerca de 15% da população em 1977, atingindo os 40% em 2015. A situação do Brasil não deixa de ser alarmante, pois apresentou aumento constante

da porcentagem de obesos, saindo de cerca de 4% da população no início da série histórica, chegando aos 15% em 2015.

A obesidade seria condição ligada a determinantes biológicos, mas também comportamentais e sociais. Conforme já salientado, a industrialização e a consolidação do capitalismo implicaram em alterações nos modos de vidas das pessoas. O sedentarismo de um lado, e o maior consumo de alimentos industrializados de outro, são fatores com uma ligação mais evidente com o sobrepeso, mas não são os únicos. As escolhas alimentares são fortemente influenciadas por fatores culturais, neles estão inclusos não só o núcleo familiar, abarcando também pressões de grupo e convenções coletivamente aceitas. Dessa forma, crianças podem ceder à pressão representada pelo consumo de alimentos mais calóricos pelos colegas, bem como à incidência de publicidade alimentícia em diferentes meios. Até mesmo a família pode influenciar neste aspecto quando oferece alimentos calóricos (tais como sorvetes, pizza, doces etc.) como recompensa por determinadas mudanças de atitude, por execução de tarefas domésticas, por méritos escolares etc.

Houve redução também do gasto calórico envolvido em diferentes atividades diárias da família, o que pode ser associado aos eletrodomésticos que substituem esforço humano nas tarefas diárias, por exemplo. Por fim, a emergência de atividades de lazer essencialmente sedentárias (como assistir TV, videogames e navegação na Web) também contribuem para o sobrepeso. (MORAES, 2015).

Moraes (2015) também alerta para o fato de que não se pode mais associar automaticamente a obesidade aos países e regiões com maior desenvolvimento econômico, e a desnutrição às regiões com indicadores socioeconômicos mais baixos. Assim, a obesidade pode ser encontrada mesmo em países com industrialização e urbanização recentes. (MORAES, 2015). Assim, para a autora, a compreensão da obesidade, bem como a formulação de ações voltadas para a promoção da saúde nutricional, deve ser feita à luz de novos conceitos e metodologias que comportem a complexidade das práticas alimentares:

A ciência tradicional, com seus pressupostos de natureza determinista e mecanicista, não se apresenta capaz de enfrentar a complexidade do fenômeno da obesidade. Nesse sentido, a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, de Urie de Bronfenbrenner, alicerçada na perspectiva sistêmica, mostra-se adequada ao estudo desse fenômeno por conceber o desenvolvimento humano como um todo funcional, um sistema

integrado, no qual, vários processos (afetivos, cognitivos, emocionais e sociais) operam numa interação mútua coordenada. (MORAES, 2015: p. 18)

Zuanetti (2015) recorre à definição de obesidade preconizada pela Organização Mundial de Saúde, segundo a qual, seria a condição em que o excesso de gordura acumulada nos tecidos adiposos atingiu um nível potencialmente prejudicial à saúde. Para se ter uma noção da relevância do tema da obesidade, em geral, quando se trata do cenário brasileiro, em dados divulgados em 2014 concluiu-se que mais de 50% dos brasileiros apresentavam sobre peso, e 17,9% eram identificáveis como obesos. (ZUANETTI, 2015).

A partir de 2007, dissemina-se o parâmetro da OMS para definir a situação de obesidade e sobre peso para crianças e adolescentes, já que, em função das particularidades de cada fase de crescimento, bem como das particularidades de cada sexo, o valor fixo de IMC se mostrava inapropriado. O modelo permite enquadrar os indivíduos avaliados em 5 situações: desnutrição severa, desnutrição, peso normal, sobre peso e obesidade. A OMS se reporta a Onis et al. (2007) para explanar o desenvolvimento do método de classificação das crianças em idade escolar e adolescentes. De acordo com os autores, a curva elaborada preenche uma lacuna que existia entre os referenciais para menores de 5 anos de idade, e para adultos, que já haviam sido elaborados antes, de forma que, a partir dos 19 anos, os padrões são os mesmos para a população adulta. Ainda segundo os autores, o desenvolvimento desse referencial estava intimamente ligado a uma crescente preocupação quanto à obesidade infantil:

The need to develop an appropriate single growth reference for the screening, surveillance and monitoring of schoolaged children and adolescents has been stirred by two contemporary events: the increasing public health concern over childhood obesity 1 and the April 2006 release of the WHO Child Growth Standards for preschool children based on a prescriptive approach. As countries proceed with the implementation of growth standards for children under 5 years of age, the gap across all centiles between these standards and existing growth references for older children has become a matter of great concern (ONIS et al., 2007: p. 660)⁴

⁴ “A necessidade de desenvolver uma referência de crescimento única adequada para o rastreio, vigilância e monitoramento de crianças e adolescentes escolares tem sido motivado por dois eventos contemporâneos: o aumentando da preocupação com a questão da obesidade infantil, e o lançamento de “Padrões de Crescimento Infantil” da OMS, em abril de 2006, numa abordagem prescritiva. Como países tem procedido com a implementação de padrões de crescimento para crianças menores de 5 anos de idade, a diferença esses padrões e os percentuais de crescimento existentes para crianças mais velhas tornar-se uma questão de grande preocupação.” Tradução da autora.

A Figura 2 representa os referenciais masculinos da OMS para avaliar a situação nutricional dos 5 aos 19 anos de idade.

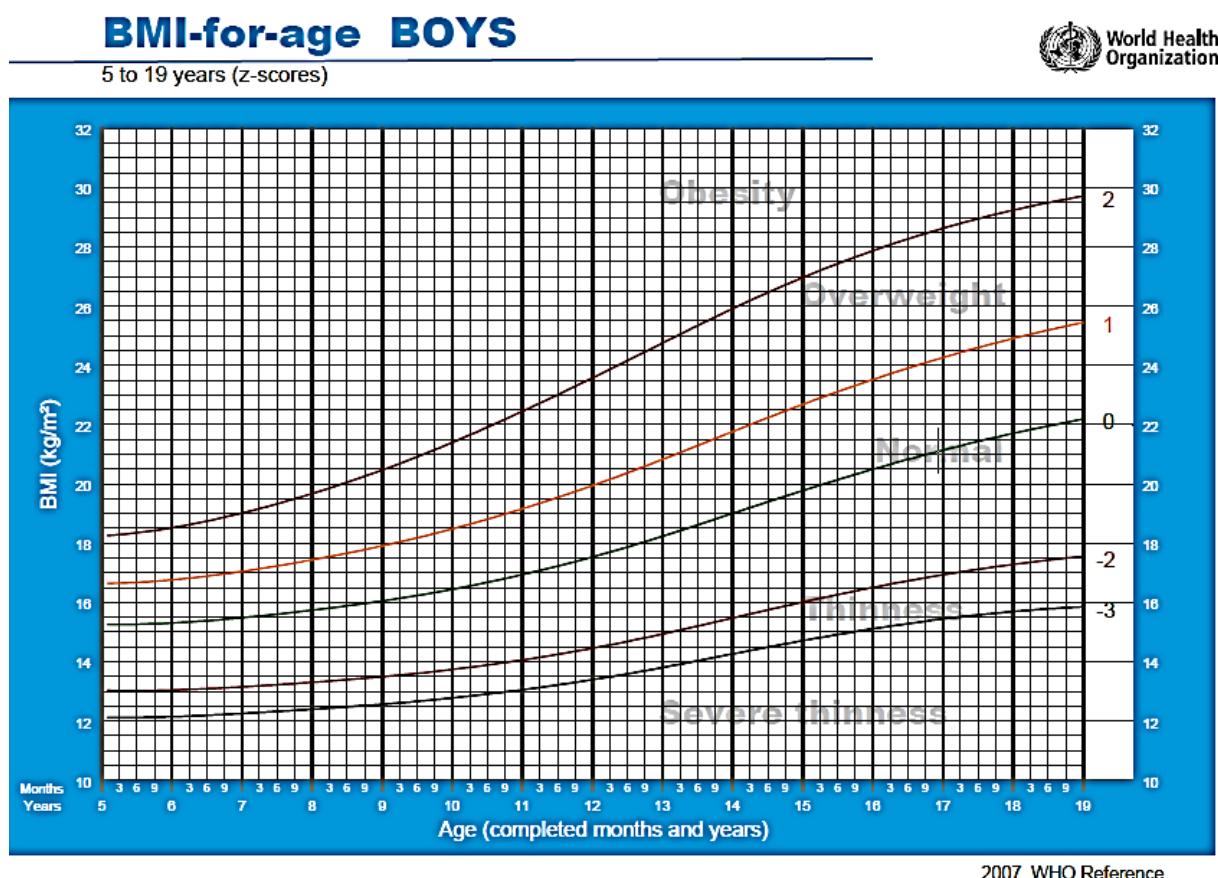


Figura 211 - BMI-for-age BOYS (OMS, 2007)

O diagrama exposto na figura 2 traz no eixo horizontal a idade a cada três meses e anos completos, e no eixo vertical, os valores de IMC. A curva 2 representa as situações de obesidade ao longo das diferentes idades; a curva de valor 1, as situações de sobre peso; a curva 0 a condição considerada normal; a curva -2 corresponde à desnutrição; e a curva -3 à situação de desnutrição aguda. Dessa forma, um menino de 11 anos de idade completos, com IMC de 17 kg/m², é considerado normal, mas com um IMC de cerca de 22,5 kg/m² já seria considerado obeso. No caso de um menino de 14 anos completos, um IMC de 19 kg/m² é considerado normal, ao passo que na casa dos 26 kg/m² seria considerado obeso.

A Figura 3 representa os padrões definidos pela OMC para caracterização da situação nutricional de crianças e adolescentes do sexo feminino:

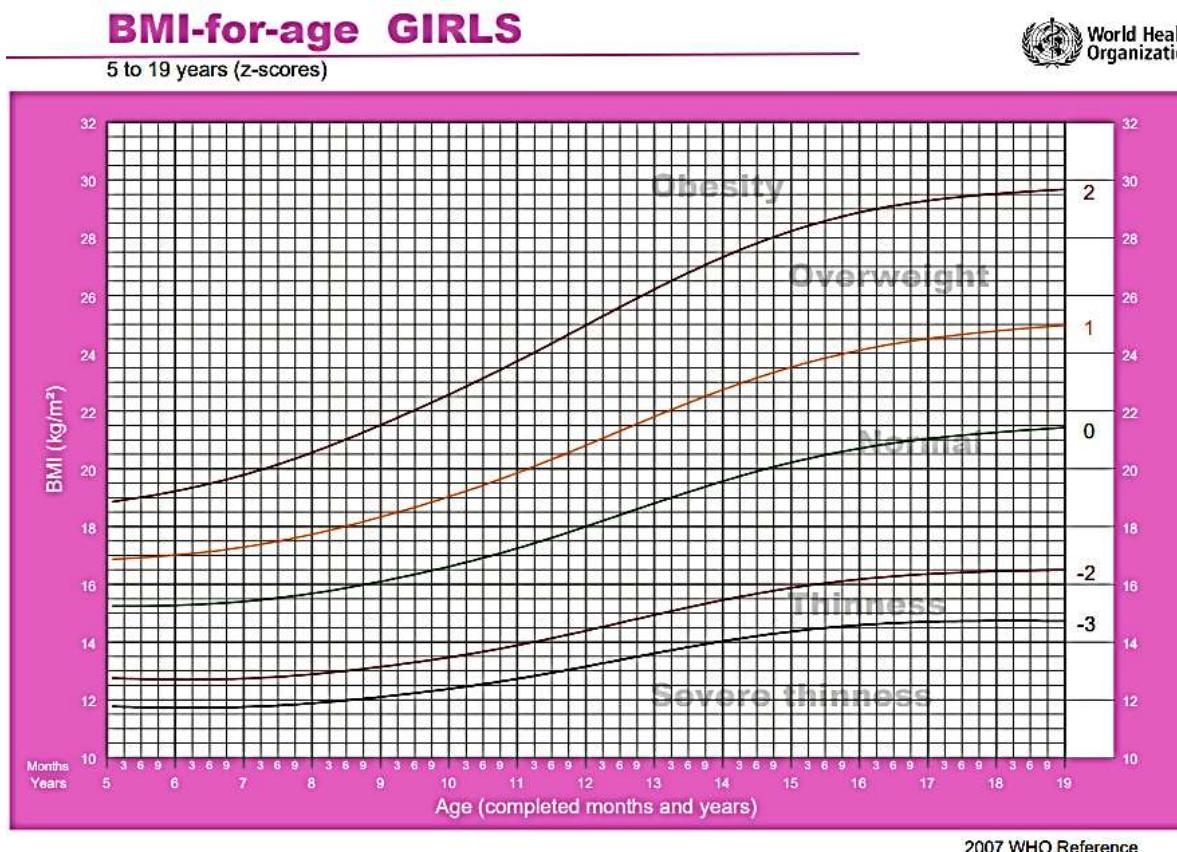


Figura 3 - BMI-for-age GIRLS (OMS, 2007)

Conforme exposto na figura 3, uma garota de 11 anos de idade completos, com o IMC de aproximadamente 17,2 kg/m² estaria em situação nutricional considerada normal. Se o IMC for superior a 23,7 kg/m² já seria considerada obesa. Uma adolescente de 14 anos completos, com IMC de 19,6 kg/m², estaria dentro da média considerada normal. Por outro lado, se atingisse 27,3 kg/m², seria considerada obesa. Comparando os perfis feminino e masculino na adolescência, percebe-se que, para os padrões da OMS, espera-se que indivíduos do sexo masculino tenham um IMC ligeiramente menor que os do sexo feminino da mesma idade, de forma que conforme se aproximam dos 19 anos de idade essa diferença torna-se menos significativa. Os referenciais divulgados pela OMS em 2007 não são os únicos aplicados ao redor do mundo, de forma que Barbosa Filho et al (2010), por exemplo, divulgaram estudo que avaliou os índices antropométricos de 288 meninos e 331 meninas, totalizando 619, de Fortaleza (CE), comparando os perfis encontrados conforme padrões da OMS a outros resultados obtidos com uso de outros três referenciais. De modo geral, os autores encontraram concordância significativa entre os critérios da OMS e de demais estudos, tendo sido a menor

concordância verificada entre o critério OMS (2007) e o de Conde e Monteiro (2006), para o sexo masculino, que levariam a ocorrências de 10,8% e 5,5% de obesidade, respectivamente. Já a maior concordância verificada foi entre o critério da OMS (2007) e o de Cole et al (2000, 2007), para o sexo feminino, que chegaram a 10,9% e 11,5% de sobrepeso, respectivamente. (BARBOSA FILHO et al. 2010).

A Figura 4 permite observar a evolução da porcentagem de crianças obesas nos EUA e em oito países em desenvolvimento.

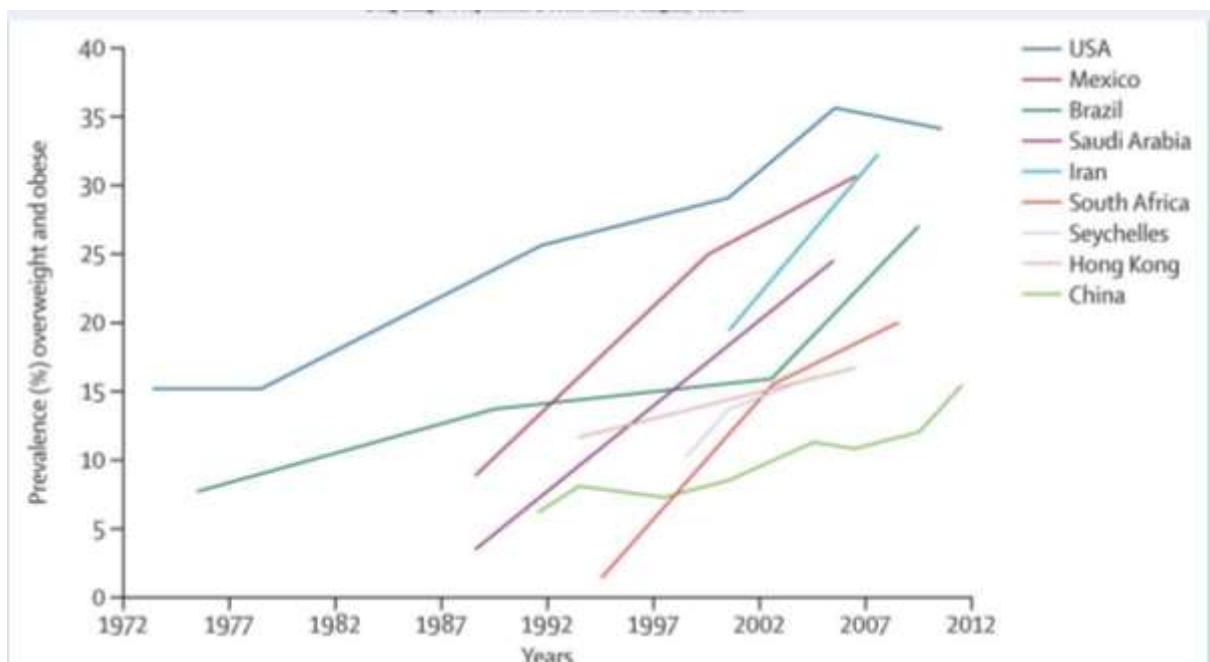


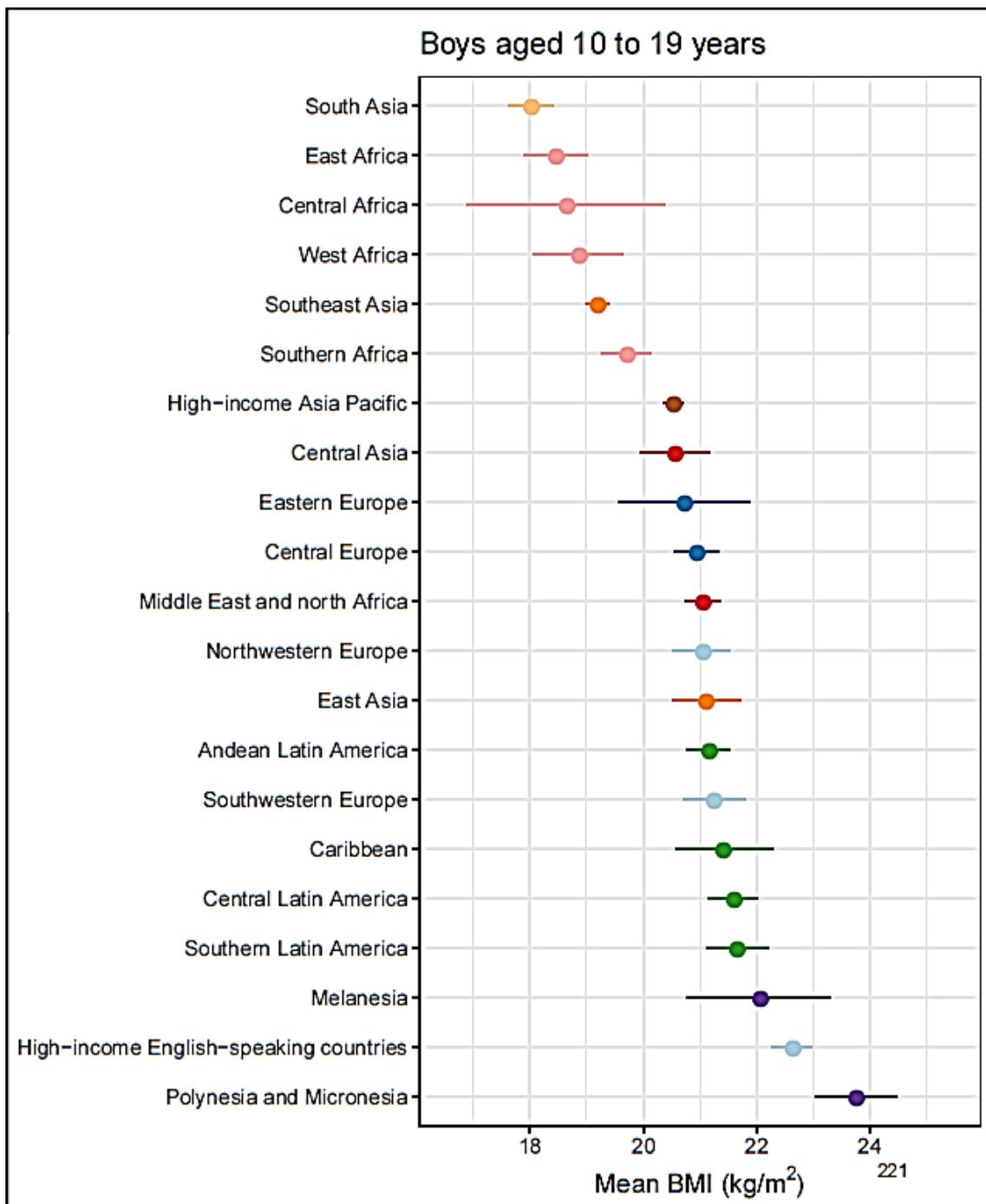
Figura 4 - Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil nos Estados Unidos da América e oito países em desenvolvimento (LOBSTEIN, 2015)

Chama a atenção o patamar alcançado pela obesidade infantil nos EUA, em 2007, atingindo mais de 35% da população. Mas a situação Brasileira não parece muito melhor, pois a partir de 2002 a obesidade infantil elevou-se muito, aproximando-se 27% em 2007. O aumento muito expressivo da obesidade infantil no século XXI é notável também em países como México, Irã, Arábia Saudita, África do Sul e China.

De acordo com OMS (2016), documento no qual a obesidade continua a ser tratada como epidemia, o crescimento do número de obesos compromete a qualidade de vida e longevidade das pessoas ao redor do mundo. Em 2014, a estimativa era de 41 milhões de crianças menores de 5 anos afetadas por excesso

ou obesidade, considerando o parâmetro da OMS descrito nas figuras 2 e 3. No continente africano, o número de crianças com sobre peso ou obesidade quase duplicou desde 1990, aumentando de 5,4 a 10,3 milhões. Também em 2014, 48% das crianças menores de 5 anos com sobre peso viviam na Ásia e 25% delas na África. O documento assevera que, até aquele momento, o progresso no combate à obesidade infantil vinha sendo lento e inconsistente (OMS, 2016).

Partindo para a análise das condições em que a proporção de crianças e adolescentes obesos aumenta, OMS (2016) destaca que isso ocorre em ambientes insalubres, chamados no documento de “ambientes obesogênicos”, e como resultado da resposta comportamental e biológica a esse ambiente. Tais respostas variariam de indivíduo para indivíduo, conforme suas trajetórias de vida, mas inegavelmente pesaria também o contexto de globalização e urbanização em países em desenvolvimento, com crescente consumo de produtos industrializados e redução nas atividades físicas, por exemplo. Embora o fenômeno seja mais recente nos países em desenvolvimento, ou nos chamados emergentes, a exposição de crianças e adolescentes a alimentos processados, muito calóricos, pobres em nutrientes, baratos e de rápido preparo, somados à redução no acesso às oportunidades e espaços para atividades físicas, agravam o desequilíbrio energético. (OMS, 2016). Em OMS (2016) foram apontados basicamente dados estatísticos relativos a crianças de 0 a 5 anos, ainda que o próprio documento, baseado na Convenção dos Direitos da Criança, de 1989, em sua Parte I, Artigo 1º, inclua sob a definição etária de criança, todos os menores de 18, sobretudo para fins estatísticos. Por outro lado, a própria OMS utiliza, em determinados contextos, a definição de adolescente para os indivíduos com idade entre 10 e 19 anos. Os diferentes métodos de verificação da condição nutricional apontados pela bibliografia estudada reconhecem que, em se tratando de crianças e adolescentes, é imprescindível considerar as especificidades de idade e sexo. O IMC é o ponto de partida para a maioria deles, mas os dados de idade, sexo e raça tornam mais complexa a elaboração do score. As conclusões a que chegaram muitos dos levantamentos permitem perceber que há diferenças nas tendências de obesidade e sobre peso em função do sexo. A Figura 5 traz a relação da média de IMC, entre adolescentes, em diferentes grandes regiões do planeta:



Fonte: The Lancet (2017).

Figura 5: IMC médio de indivíduos do sexo masculino entre 10 e 19 anos em diferentes regiões do mundo no ano de 2016.

Tabela 2 – Lista de super regiões, regiões e países em cada região

Super Região	Região
Sub-Saharan Africa (48)	<p>Central Africa (6): Angola, Central African Republic, Congo, DR Congo, Equatorial Guinea, Gabon</p> <p>East Africa (17): Burundi, Comoros, Djibouti, Eritrea, Ethiopia, Kenya, Madagascar, Malawi, Mauritius, Mozambique, Rwanda, Seychelles, Somalia, Sudan (former), Tanzania, Uganda, Zambia</p> <p>Southern Africa (6): Botswana, Lesotho, Namibia, South Africa, Swaziland, Zimbabwe</p> <p>West Africa (19): Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroon, Chad, Cote d'Ivoire, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, São Tome and Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Togo</p>
Central Asia, Middle East and North Africa (28)	<p>Central Asia (9): Armenia, Azerbaijan, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Mongolia, Tajikistan, Turkmenistan, Uzbekistan</p> <p>Middle East and North Africa (19): Algeria, Bahrain, Egypt, Iran, Iraq, Jordan, Kuwait, Lebanon, Libya, Morocco, Occupied Palestinian Territory, Oman, Qatar, Saudi Arabia, Syrian Arab Republic, Tunisia, Turkey, United Arab Emirates, Yemen</p>
South Asia (6)	South Asia (6): Afghanistan, Bangladesh, Bhutan, India, Nepal, Pakistan
East and Southeast Asia (16)	<p>East Asia (4): China, China (Hong Kong SAR), North Korea, Taiwan</p> <p>Southeast Asia (12): Brunei Darussalam, Cambodia, Indonesia, Lao PDR, Malaysia, Maldives, Myanmar, Philippines, Sri Lanka, Thailand, Timor-Leste, Viet Nam</p>
Oceania (17)	<p>Polynesia and Micronesia (13): American Samoa, Cook Islands, French Polynesia, Kiribati, Marshall Islands, Micronesia (Federated States of), Nauru, Niue, Palau, Samoa, Tokelau, Tonga, Tuvalu</p> <p>Melanesia (4): Fiji, Papua New Guinea, Solomon Islands, Vanuatu</p>
Latin America and Caribbean (35)	<p>Andean Latin America (3): Bolivia, Ecuador, Peru</p> <p>Caribbean (18): Antigua and Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Bermuda, Cuba, Dominica, Dominican Republic, Grenada, Guyana, Haiti, Jamaica, Puerto Rico, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago</p> <p>Central Latin America (9): Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexico, Nicaragua, Panama, Venezuela</p> <p>Southern Latin America (5): Argentina, Brazil, Chile, Paraguay, Uruguay</p>

Fonte: The Lancet (2017) p. 38-9

Pelo exposto na Figura 5, observa-se que, na região da Sul-Latino Americana, o IMC médio dos meninos era de, aproximadamente, 21,6 kg/m², com uma margem de cerca de 0,6 kg/m² para mais e 0,5 kg/m² para menos. A região em questão, pela divisão de The Lancet (2017), é formada por Argentina, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai. Já no grupo dos países desenvolvidos de língua inglesa, foi verificado um IMC médio de 22,6 kg/m². A região da Polinésia e Micronésia teria apresentado o IMC médio mais alto para 2016, na casa dos 23,8 kg/m². O agrupamento dos países exposto em The Lancet (2017) pode ser mais bem observado pela Tabela 2.

De acordo com The Lancet (2017), as regiões incorporam países geograficamente próximos, com exceção do grupo dos países desenvolvidos de língua inglesa, que apesar de geograficamente distantes, apresentaram tendências nutricionais muito semelhantes. A figura 6 mostra a evolução dos IMCs nos últimos 40 anos, na região Sul-Latino Americana, entre indivíduos do sexo masculino:

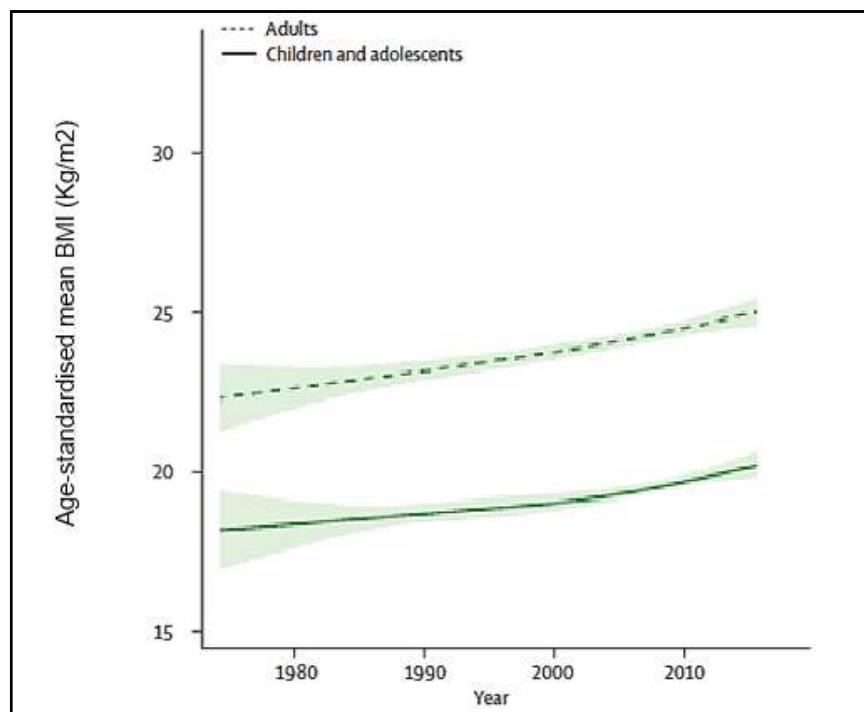
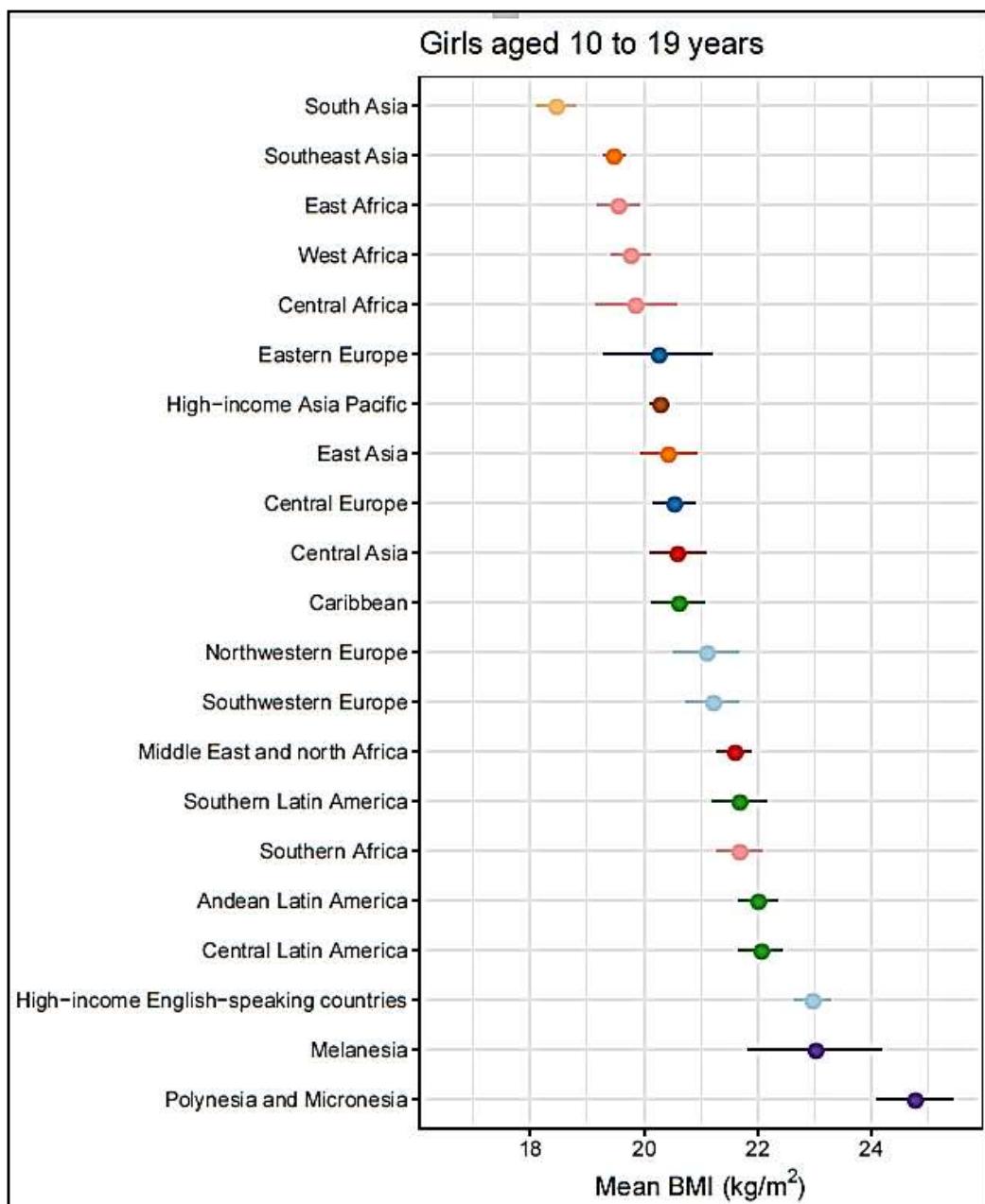


Figura 6 - Média de IMC, por estrato etário, na região Sul-Latino Americana. Fonte: The Lancet (2017).

A Figura 7 traz dados de 2016, quanto ao IMC médio de indivíduos do sexo feminino, entre 10 e 19 anos, conforme a divisão em regiões descrita em The Lancet 2017. De acordo com a figura 7, em 2016, o IMC médio das adolescentes entre 10 e

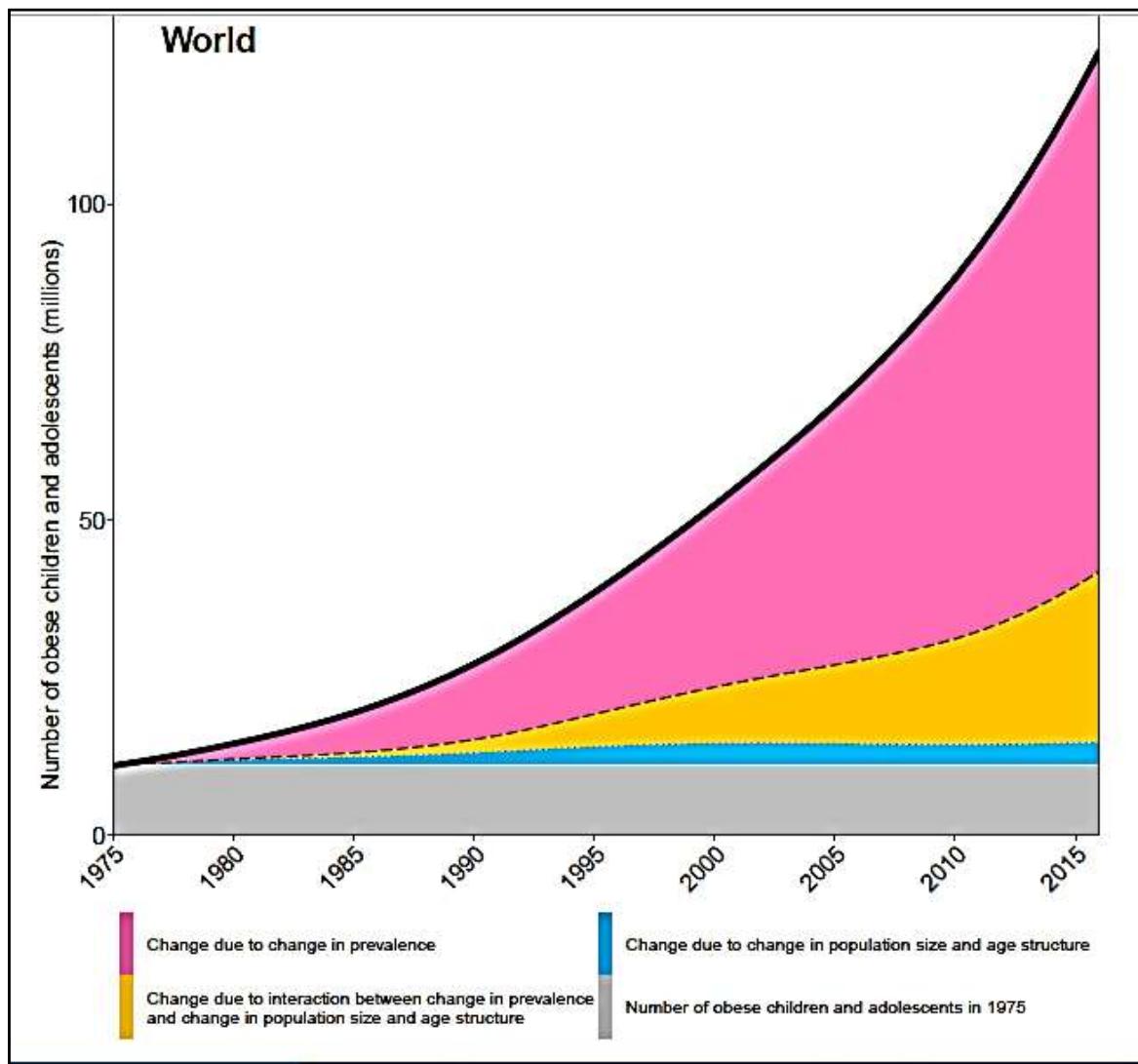
19, na região Sul-Latino Americana, foi de cerca de 21,7 Kg/m², numa margem que variava de 21,1 Kg/m² e 22,2 Kg/m². Na região da Polinésia e da Macaronésia, se comparada com a figura 6, percebe-se que foi verificada uma diferença mais drástica entre o IMC médio de meninos e meninas, com índices mais altos verificados entre as garotas. Também no caso feminino, os países desenvolvidos de língua inglesa apresentaram elevada média de IMC se comparados a outras regiões, atingindo 23,0 Kg/m².



Fonte: The Lancet (2017).

Figura 7 - IMC médio de indivíduos do sexo feminino entre 10 e 19 anos em diferentes regiões do mundo no ano de 2016.

Já na figura 8, consta a elevação no número de crianças e adolescentes obesos, ao redor do mundo, de 1975 a 2015.



Fonte: The Lancet (2017).

Figura 8 - Número de crianças e adolescentes obesas no mundo entre os anos de 1975 a 2015. The Lancet (2017).

Conforme a Figura 8, o número de crianças e adolescentes obesos tem subido vertiginosamente nos últimos anos, e ultrapassa os 120 milhões em 2015. Além disso, o gráfico esboçado permite também observar as circunstâncias em que ocorreu essa elevação. A curva ascendente, destacada em preto, representa o aumento no número de crianças e adolescentes obesos. A faixa do gráfico na cor cinza, que não tem alteração na sua espessura ao longo da série histórica,

representa o número de crianças e adolescentes obesos em 1975. O campo acima da faixa cinza, na cor azul, representa a mudança no número de obesos decorrente do aumento populacional e mudança na estrutura etária da população mundial, ou seja, com o crescimento positivo da população, era previsível que houvesse algum aumento no número de obesos. Destacado em amarelo, há no gráfico um campo que representa a porção das crianças e adolescentes obesos que resulta de uma combinação entre transformações demográficas e alterações na prevalência de obesos entre os grupos etários mais jovens. O primeiro campo abaixo dessa linha, destacado em cor-de-rosa, representa o aumento do número de obesos em função da alteração do padrão de prevalência, ou seja, mudanças socioeconômicas e culturais que têm resultado numa concentração de indivíduos com sobrepeso ou obesos entre os mais jovens. Nesse sentido, o aumento do número de crianças e adolescentes obesos é ainda mais preocupante pois decorreu, principalmente, de uma mudança que aponta para a concentração da obesidade justamente entre crianças e adolescentes, e não mero reflexo de crescimento da população mundial.

A perspectiva apontada por Moraes (2015), da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, transcende a questão nutricional, sendo aplicável a estudos de processos saúde-doença na medida em que permite romper com modelos lineares, considerando interações entre aspectos biológicos, psicológicos e sociais, e parece dialogar com pressupostos que nortearam a formulação do PSE, bem como daqueles que orientam a condução da presente pesquisa. Esse também é o entendimento perceptível em documentos emitidos por diferentes entidades internacionais, como no caso da Organização Pan-Americana de Saúde (2017), cujo Panorama da Segurança Alimentar destaca a prevalência de alimentos industrializados em detrimento da culinária de preparo tradicional, com ingredientes frescos e naturais, sobretudo em países de menor PIB. A nível mundial, a venda de alimentos industrializados aumentou 43,7% entre 2000 e 2013, já na América Latina o aumento foi de 48% (OPAS, 2017). O documento considera que diferentes fatores teriam colaborado para esse aumento na venda dos industrializados, tais como desregulamentação de mercados e de critérios de produção; adoção de novos hábitos e rotina diária com menor disponibilidade de tempo para preparo de refeições; preço mais acessível dos alimentos industrializados se comparados aos naturais e orgânicos etc. A Tabela 3 apresenta dados referentes ao aumento nas

vendas de alimentos e bebidas ultraprocessados em países latino-americanos e do Caribe.

Tabela 3 - Vendas detalhadas per capita de alimentos e bebidas ultraprocessados em 13 países da América Latina e do Caribe, 2000-2013.

Países	Produtos alimentares e bebidas ultra processados			
	Vendas (Kg)		Crescimento (%)	
	2000	2013	Período	Anual
Uruguai	60,6	149,3	146,4	7,2
Bolívia	44,6	102,5	129,8	6,6
Peru	40,2	83,2	107	5,8
Chile	125,5	200,6	59,8	3,7
República Dominicana	70,3	96,6	37,4	2,5
Brasil	86	112,3	30,6	2,1
México	164,3	212,2	29,2	2
América Latina	102,8	129,7	26,2	1,8
Colômbia	73,7	92,2	25,1	1,7
Guatemala	90,7	113,5	25,1	1,7
Equador	73,4	87,9	19,8	1,4
Costa Rica	107,8	119,7	11	0,8
Venezuela	92	99,4	8	0,6
Argentina	194,1	185,6	-4,4	-0,3

Fonte: OPAS (2017)

Dentre os países apontados na Tabela 3, o Brasil ocupou a 6ª posição em crescimento anual da venda per capita de alimentos e bebidas ultra processados, com um aumento percentual de 2,1% ao ano. Considerando o período entre 2000 e 2013, o aumento foi de 30,6%, de forma que em 2013, foram vendidos 112,3 Kg de alimentos ultra processados per capita, ficando atrás apenas de países como Guatemala, Argentina, Costa Rica, México, Chile e Uruguai. Embora no caso da Argentina, em 2013, tenha sido atingido o expressivo patamar de 185,6 Kg per capita de alimentos ultra processados vendidos, o crescimento no período foi negativo, na cifra de -4,4% (OPAS, 2017). Ainda que tenha sido verificado aumento

na disponibilidade de alimentos na América Latina, acompanhando a demanda demográfica, OPAS (2017) afirma que isso ainda não significa acesso a alimentos de qualidade.

Ao longo dos últimos 25 anos, observa-se que na América do Sul a disponibilidade alimentar aumentou 19%, alcançando 3.141 calorias por dia por pessoa, como média. A região da América Central, entretanto, tem 2.964 calorias per capita, o que significa um aumento de 5% em relação ao mesmo período; enquanto no Caribe apresentou um aumento de 19% na disponibilidade calórica no período, atingindo no último triênio 2.758 calorias por dia por pessoa. Esta situação, no entanto, não garante que todas as pessoas consumam alimentos de qualidade, em quantidade e variedade adequadas para a manutenção de uma alimentação saudável e nutritiva. De fato, assim como a disponibilidade calórica é importante, é também a origem alimentar das calorias em termos de macro-nutrientes (OPAS, 2017)

A maior disponibilidade alimentar foi decisiva para a redução da prevalência de desnutrição, que na América Latina e Caribe, caiu de 18% em 2000, para 11,3% em 2015. Contudo, quando se trata da questão do sobrepeso e obesidade, a média da América Latina nos últimos anos teria sido de 7,2%, entre crianças menores de 5 anos de idade, de forma que muitos países apresentaram resultados acima dessa média, sendo o caso do Brasil, Argentina, Chile, Costa Rica, Belize, Bolívia, dentre outros (OPAS 2017). São apontadas como ações no sentido de melhorar os indicadores nutricionais: atendimento básico em saúde; promoção do aleitamento materno e alimentação saudável; melhoria da nutrição e atividades físicas nas escolas; incentivo à agricultura familiar como fonte de alimentos orgânicos e/ou naturais; políticas de fiscalização e regulamentação da publicidade e da rotulagem de alimentos.

5.2- Obesidade no Brasil

Uma maior preocupação com o sobrepeso e obesidade, ao redor do mundo, nas décadas finais do século XX e início do XIX, tem levado a um maior esforço no sentido de identificar, quantificar e monitorar casos de sobrepeso e obesidade, até para que se identifique aumentos ou reduções nos casos de obesidade em diferentes regiões. No Brasil, podem ser citados os mecanismos ligados ao IBGE, sobretudo as Pesquisas de Orçamentos Familiares; Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, também ligada ao IBGE; os dados coletados por programas de saúde voltados para o público escolar, tais como o PSE; e a Vigilância de Fatores de Risco

e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, esta última colocada em prática desde 2006.

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares do período 2008 e 2009, a prevalência de déficit de peso entre adultos – aqui considerados indivíduos com 20 anos ou mais - foi de 2,7% (1,8% em homens e 3,6% entre as mulheres). Apenas entre as mulheres muito jovens (de 20 a 24 anos de idade) ou mais idosas (75 ou mais anos), a condição de déficit de peso chegou a marcas superiores a 5% dos indivíduos examinados, correspondendo a 8,3% e 5,4% (IBGE, 2011).

O sobre peso, nomeado por IBGE (2011) como “excesso de peso”, foi identificado em cerca de metade dos homens e das mulheres. A situação de obesidade foi identificada em 12,5% dos homens e em 16,9% das mulheres, atingindo cerca de um quarto do total de casos de excesso de peso no sexo masculino e a um terço no sexo feminino. Percebeu-se que o excesso de peso e a obesidade aumentaram de frequência com a idade até a faixa etária de 45 a 54 anos, entre os indivíduos do sexo masculino, e até a faixa etária de 55 a 64 anos, entre as mulheres, tendendo a diminuir nas idades subsequentes (IBGE, 2010).

No que se refere à estratificação dos perfis nutricionais por região do país, os dados referentes a 2008 e 2009, divulgados por IBGE (2010), permitem afirmar que as maiores ocorrências de obesidade foram verificadas na região Sul, atingindo 15,9% dos homens adultos, e 19,6% das mulheres. No estrato excesso de peso, a região Sul também apresentou os índices mais altos, identificado em 56,8% dos homens e 51,6% das mulheres. A prevalência mais alta de déficit de peso foi verificada entre as mulheres nordestinas, correspondente a 5,5% dos casos, acima então do limite considerado crítico. Em geral, quando analisados separadamente domicílios rurais e urbanos, verificou-se que a obesidade e o excesso de peso foram mais recorrentes nos domicílios urbanos, no caso dos homens. Na região Sudeste, o excesso de peso foi identificado em 52,4% dos homens que participaram da pesquisa, correspondendo a uma prevalência de 53,5% nos domicílios urbanos, e 41,5% dos domicílios rurais. Entre as mulheres, também da região Sudeste, verificou-se prevalência de 48,5% de diagnósticos de obesidade, sendo 48,4% nos domicílios urbanos e 50,2% nos domicílios rurais. Entre as mulheres, em algumas regiões, tanto o sobre peso quanto a obesidade, tiveram prevalência mais elevada nos domicílios rurais (IBGE, 2010).

A Tabela 4 permite verificar algumas estimativas quanto à distribuição dos perfis nutricionais na população com 20 anos ou mais de idade, de acordo com os critérios da OMS, por sexo, segundo classes de rendimento total e variação patrimonial mensal familiar per capita no Brasil no período 2008-2009

Tabela 4 - Coeficientes de variação da prevalência de déficit de peso, de excesso de peso de obesidade na população com 20 anos ou mais de idade

Classes de rendimento total e variação patrimonial mensal familiar per capita (salários mínimos)	Coeficientes de variação da prevalência de déficit de peso, de excesso de peso e de obesidade, na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo (%)					
	Masculino			Feminino		
	Déficit de peso	Excesso de peso	Obesidade	Déficit de peso	Excesso de peso	Obesidade
Até 1/4	13,1	3,5	10,4	10,3	2,9	6,1
Mais de 1/4 a 1/2	9,0	2,2	5,9	7,4	1,8	3,8
Mais de 1/2 a 1	7,1	1,4	4,2	5,4	1,3	2,7
Mais de 1 a 2	7,3	1,1	3,3	6,3	1,2	2,5
Mais de 2 a 5	12,3	1,3	3,4	8,0	1,5	3,2
Mais de 5	41,8	2,0	5,4	14,3	2,8	5,8

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009.

Conforme a Tabela 4, nota-se expressivos índices tanto de déficit de peso quanto de obesidade, com prevalências de 13,1% e 10,4% respectivamente, entre homens incluídos no estrato de até ¼ de salário de rendimento mensal familiar per capita. Entre as mulheres, do mesmo estrato de renda, a prevalência de déficit de peso foi de 10,3%, enquanto os casos identificados como sendo de obesidade chegaram a 6,1% (IBGE, 2010). Provavelmente, a expressiva prevalência de obesidade entre grupos mais pobres está relacionada ao fato de que o acesso a alimentos nesses grupos, além de restrito em termos de quantidade, deixa a desejar no que diz respeito à qualidade nutricional dos mesmos, sendo ricos em açúcares, gorduras e conservantes.

Em pesquisa específica sobre hábitos alimentares, também do IBGE, relativa ao período 2008-2009, verificou-se, nas comparações por estratos financeiros, que para arroz e feijão houve elevação na frequência e consumo *per capita* do primeiro grupo, com renda até R\$ 296,00, para o segundo quarto, entre R\$ 296,00 e R\$ 571,00 reais. Mas nos dois últimos quartos de renda o consumo desses alimentos

Tabela 5 - Prevalência de consumo alimentar e consumo alimentar médio *per capita*, por classes de rendimento total no período 2008-2009. Brasil.

caía se comparado aos anteriores. Há uma relação positiva entre frequências de consumo e valores *per capita* de consumo com as classes de renda para as verduras, evidenciada na frequência de consumo de salada crua e de frutas, já a farinha de mandioca, tem seu consumo reduzido conforme eleva-se a renda. Se no primeiro quarto de renda o consumo *per capita* foi de 14,7 g/dia, no último quarto de renda, com renda superior a 1089,00, o consumo médio *per capita* foi de 1,8 g/dia (IBGE, 2011)

Além do arroz e feijão, os grupos com patamares de renda mais baixas consomem em maior quantidade itens que podem ser considerados como próprios de uma dieta saudável. É o caso do consumo médio de batata-doce *per capita*, cujo consumo foi mais do que o dobro na menor classe de renda se comparada àquela de maior renda. Comportamento inverso foi observado em relação à batata frita. A farinha de mandioca teve consumo mais de 10 vezes maior na menor classe de renda se comparada à maior, a mesma situação sendo verificada no caso do milho cujo consumo é mais de três vezes maior na comparação entre classes de menor e maior renda. A pesquisa sobre os hábitos alimentares concluiu também que o consumo de frutas e verduras cresce muito conforme a renda, e da mesma forma o de leite desnatado e os derivados de leite com menor teor de gordura. Ainda que esses produtos sejam recomendados enquanto opções que facilitam a redução das gorduras saturadas, alcança menos de 10% do consumo desse grupo de alimentos, e seu consumo é diretamente proporcional ao aumento da renda. O consumo de refrigerantes cresce com a renda, e na versão *diet* é quase inexistente na menor faixa de renda.

Em relação os alimentos consumidos fora do domicílio, os resultados não permitiam estabelecer relação clara entre renda e consumo de itens como sucos, refrigerantes, sanduíches, salgados fritos e assados. (IBGE, 2011) É possível que o ritmo acelerado do meio urbano, bem como reduzida oferta de estabelecimentos pautados em alimentação saudável, provoquem o fenômeno pelo qual pessoas dos mais diferentes estratos consumam, fora de casa, alimentos como os salgados, *fast foods*, e sucos artificiais. A Tabela 5 traz mais informações sobre os alimentos mais consumidos de acordo com o estrato de renda, em termos de prevalência e de consumo médio.

Alimentos	Prevalência de consumo alimentar (%)				Consumo alimentar médio <i>per capita</i> (g/dia)			
	Até 296 R\$	Mais de 296 a 571 R\$	Mais de 571 a 1 089 R\$	Mais de 1 089 R\$	Até 296 R\$	Mais de 296 a 571 R\$	Mais de 571 a 1 089 R\$	Mais de 1 089 R\$
Arroz	83,2	86,5	85,9	79,9	168,1	171,7	165,7	129,7
Arroz integral	3,3	3,3	3,8	4,7	8,1	8,0	8,8	7,5
Milho e preparações	20,4	14,0	7,4	7,6	36,0	21,2	10,4	8,8
Feijão	72,3	78,0	76,1	63,3	195,5	207,2	190,3	127,5
Feijão verde/corda	5,7	2,5	1,1	1,3	14,3	4,7	2,1	2,0
Alface	4,3	7,5	11,9	16,3	1,6	2,5	3,9	7,2
Couve	3,3	6,3	8,2	9,9	1,8	4,0	4,4	5,8
Repolho	1,1	1,7	1,9	2,3	0,6	1,1	1,0	1,4
Salada crua	8,9	15,5	18,3	23,7	7,9	14,3	17,5	21,8
Abóbora	1,9	2,4	2,1	1,9	2,3	2,6	2,5	1,7
Cenoura	0,6	0,8	1,9	4,5	0,4	0,4	1,0	2,1
Chuchu	0,3	1,4	1,4	1,8	0,2	0,9	1,1	1,0
Pepino	0,4	1,3	1,2	2,1	0,1	0,7	0,6	1,3
Tomate	5,7	8,5	10,8	15,5	3,7	5,9	7,5	10,0
Batata-doce	1,0	1,5	1,2	1,1	2,9	3,0	1,8	2,0
Batata-inglesa	6,9	9,8	13,5	15,4	8,5	14,5	17,9	19,8
Batata-inglesa frita	0,3	0,7	0,8	1,7	0,2	0,5	0,6	1,0
Mandioca	3,4	2,5	3,2	2,9	6,9	5,2	6,5	5,8
Abacaxi	0,5	0,7	0,8	2,0	0,7	1,2	1,4	2,4
Açaí	1,5	0,9	0,6	0,6	5,1	2,4	2,1	1,7
Banana	11,7	14,5	16,8	22,7	15,4	16,7	19,0	24,8
Laranja	5,2	6,3	9,1	8,6	16,5	18,8	23,9	24,7
Maçã	3,4	5,5	9,1	11,1	5,9	9,3	15,0	18,3
Mamão	1,4	1,4	2,5	8,5	2,7	3,0	5,4	16,7
Manga	2,8	2,0	1,5	2,2	7,0	4,9	2,7	3,4
Melancia	1,2	1,5	2,0	2,0	3,4	3,6	5,0	5,2
Tangerina	0,8	1,3	2,6	2,9	2,1	3,2	6,4	7,4
Uva	0,3	0,5	0,9	1,6	0,5	0,9	1,5	2,1
Salada de frutas	0,3	0,6	0,9	3,5	0,6	1,3	1,8	6,0
Outras frutas	3,2	3,7	5,1	9,5	5,6	6,5	7,4	12,3
Oleaginosas	0,6	0,5	0,5	2,2	0,3	0,2	0,3	0,7
Farinha de mandioca	16,9	9,7	5,2	3,4	14,7	6,5	3,3	1,8

Continua

Continuação da Tabela 5

Alimentos	Prevalência de consumo alimentar (%)				Consumo alimentar médio <i>per capita</i> (g/dia)			
	Até 296 R\$	Mais de 296 a 571 R\$	Mais de 571 a 1 089 R\$	Mais de 1 089 R\$	Até 296 R\$	Mais de 296 a 571 R\$	Mais de 571 a 1 089 R\$	Mais de 1 089 R\$
Farofa	3,9	4,0	3,2	4,7	2,3	2,1	1,4	1,7
Cereais matinais	0,4	0,6	2,0	6,9	0,2	0,3	0,7	2,4
Massas	1,1	1,5	1,7	3,9	2,7	3,2	4,4	10,6
Macarrão instantâneo	1,5	1,6	1,6	2,2	4,7	4,7	5,3	7,0
Macarrão e preparações à base de macarrão	19,7	20,0	16,4	18,6	34,5	38,2	33,5	39,6
Pão de sal	55,7	64,1	67,0	67,3	48,8	55,3	57,0	51,7
Pão integral	0,9	0,8	1,3	5,2	0,4	0,4	0,7	2,5
Bolos	11,0	13,0	15,4	15,1	11,1	13,6	15,2	16,7
Biscoito doce	8,7	8,6	10,3	8,5	3,9	3,8	4,8	3,4
Biscoito salgado	16,7	15,8	14,8	16,1	6,9	7,5	6,0	6,8
Biscoito recheado	3,2	4,5	5,1	3,8	4,1	5,5	4,9	3,9
Pães, bolos e biscoitos <i>diet/light</i>	0,3	0,4	0,5	1,8	0,2	0,1	0,3	0,8
Carne bovina	43,0	50,2	52,9	50,2	54,7	66,2	70,9	63,0
Carne suína	3,2	4,2	4,0	5,2	7,5	9,4	8,3	9,3
Aves	27,4	26,0	25,5	29,4	36,2	34,6	36,1	39,7
Preparações à base de aves	0,5	0,6	0,6	0,5	0,8	1,2	0,7	0,9
Peixes frescos e preparações	9,7	6,1	3,9	4,9	39,1	21,8	14,5	13,7
Peixes em conserva	0,6	0,7	0,4	0,7	0,4	0,6	0,3	0,5
Peixes salgados	1,3	0,8	0,5	1,1	4,6	2,2	1,5	2,7
Outros pescados	0,4	0,3	0,4	0,8	0,6	0,3	0,4	1,5
Carnes salgadas	3,1	2,1	1,3	1,0	5,0	3,6	1,4	1,0
Outros tipos de carne	0,8	0,4	0,5	0,3	1,1	0,7	0,9	0,4
Linguiça	4,1	5,6	6,4	5,4	2,2	3,3	4,4	3,5
Salsicha	3,7	2,3	3,9	2,5	2,7	1,6	2,7	1,3
Mortadela	4,1	4,6	5,1	3,0	1,3	1,7	1,8	0,8
Presunto	0,8	2,6	4,1	8,7	0,3	0,7	1,2	2,5
Outras carnes processadas	1,1	1,6	1,1	2,8	0,6	0,7	0,5	1,2
Visceras	2,3	2,2	2,0	2,2	3,4	2,7	2,3	3,0
Ovos	20,7	18,2	13,9	10,4	14,9	13,4	9,9	7,1
Leite integral	10,9	12,5	14,1	12,4	31,2	33,5	40,2	35,2
Leite desnatado	0,7	1,4	1,7	3,6	1,8	4,0	4,9	9,4
Leite em pó integral	1,2	1,3	0,8	1,1	0,3	0,4	0,2	0,3
Preparações à base de leite	2,5	2,8	2,1	2,5	6,1	6,8	6,1	5,3
Vitaminas	2,3	2,8	3,2	4,3	7,6	10,5	9,9	12,5

Continua

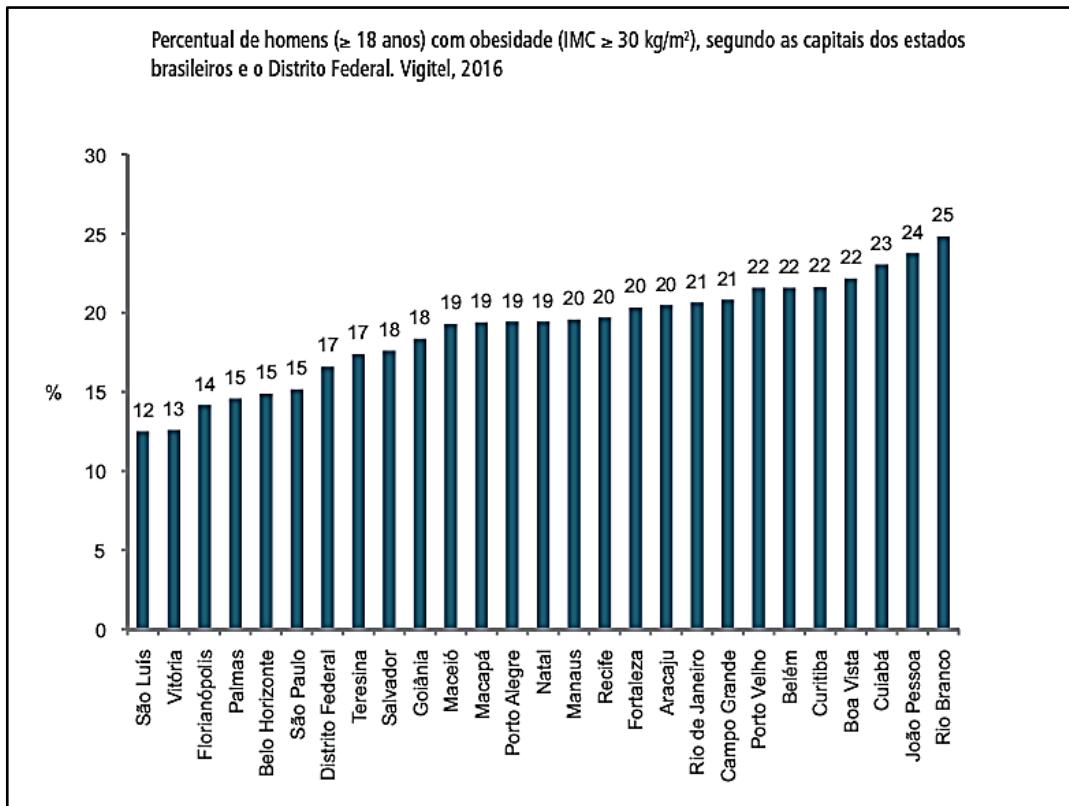
Continuação da Tabela 5

Alimentos	Prevalência de consumo alimentar (%)				Consumo alimentar médio <i>per capita</i> (g/dia)			
	Até 296 R\$	Mais de 296 a 571 R\$	Mais de 571 a 1 089 R\$	Mais de 1 089 R\$	Até 296 R\$	Mais de 296 a 571 R\$	Mais de 571 a 1 089 R\$	Mais de 1 089 R\$
Queijos	5,2	8,8	15,7	28,2	2,8	4,5	8,1	13,8
Iogurtes	2,1	3,3	3,9	7,8	5,0	8,5	9,0	18,9
Outros laticínios	0,5	0,8	1,9	2,1	0,2	0,4	2,0	1,7
Laticínios <i>diet/light</i>	0,1	0,0	0,5	2,7	0,1	0,1	0,7	4,0
Chocolates	2,0	2,7	4,6	7,2	1,6	2,8	3,5	6,8
Achocolatados	1,6	2,4	3,7	3,6	0,5	0,7	1,3	1,0
Doces à base de leite	2,5	3,2	3,7	5,7	4,8	4,7	5,3	7,6
Doces à base de fruta	1,9	2,5	3,4	5,0	1,4	2,5	2,2	3,1
Sorvete/picolé	2,9	3,2	3,3	4,7	3,5	3,8	4,6	7,0
Mel/rapadura/açúcar de mesa e outros adoçantes	1,7	2,1	2,3	2,5	0,9	0,8	0,8	0,9
Outros doces	11,2	11,7	12,6	11,5	8,0	7,5	7,3	8,0
Doces <i>diet/light</i>	0,2	0,3	0,5	1,1	0,2	0,2	0,4	0,7
Óleos e gorduras	33,9	40,3	40,0	37,6	6,1	7,2	6,8	6,3
Óleos e gorduras <i>diet/light</i>	0,1	0,8	1,2	2,3	0,0	0,1	0,2	0,3
Bebidas destiladas	0,5	0,5	0,6	0,8	1,6	1,2	1,1	1,6
Cerveja	1,3	2,3	3,5	5,6	15,9	19,7	37,1	59,1
Vinho	0,2	0,2	0,6	2,0	0,5	0,6	1,5	4,6
Sucos/refrescos/sucos em pó reconstituídos	34,9	39,8	42,4	43,4	122,0	139,8	161,1	165,4
Refrigerantes	14,4	22,1	27,1	31,2	54,3	85,0	119,3	135,1
Refrigerantes <i>diet/light</i>	0,3	1,0	1,3	4,2	0,9	3,3	5,0	15,2
Bebidas lácteas com sabor e adoçadas	4,5	6,7	9,2	8,9	12,2	19,2	26,4	24,4
Bebidas à base de soja	0,1	0,3	0,4	1,9	0,2	0,9	1,0	4,8
Café	83,4	80,8	76,8	73,3	228,3	229,2	208,7	186,8
Chá	4,2	5,5	5,9	9,2	22,6	28,9	35,0	42,1
Outras bebidas não alcoólicas	0,6	0,5	0,9	1,4	2,6	1,2	2,5	4,8
Pizzas	0,4	1,1	2,7	4,9	0,7	2,8	6,6	11,0
Salgados fritos e assados	8,6	11,0	13,5	18,4	6,3	7,9	11,5	16,6
Salgadinhos industrializados	0,7	1,1	0,6	0,7	0,6	1,0	0,4	0,6
Sanduíches	4,3	6,8	9,6	14,3	5,5	9,9	13,8	20,4
Sopas e caldos	10,6	10,7	10,5	13,9	47,0	47,5	49,9	58,8
Molhos e condimentos	0,5	0,6	1,1	1,1	0,3	0,4	0,7	0,6
Preparações mistas	2,0	2,8	2,9	4,3	4,9	4,5	4,3	5,4

Fonte: IBGE (2010).

A tabela 5 também permite perceber que o consumo de produtos *diet* e *light* também aumenta conforme a renda, sendo inexpressivo nos estratos de menor renda, tanto no caso dos doces quanto dos óleos e gorduras desse tipo. O macarrão de tipo instantâneo era consumido em proporções muito parecidas entre os três primeiros estratos de renda, com alguma elevação no grupo de renda mais alto. Em termos de consumo médio em g/dia, o café apresentou aumento na comparação entre o primeiro e segundo estratos de renda, mas o consumo é menor no terceiro e quarto estrato de renda. O consumo de chocolate mais que dobra se compararmos o primeiro estrato ao grupo de renda mais elevada; entre todos os estratos verificou-se que o consumo de doces à base de leite se sobrepõe aos doces à base de frutas. Chama à atenção também o fato de que os pães integrais eram, no período 2008-2009, muito pouco consumidos, ainda que entre os grupos de renda mais alta ainda fossem um pouco mais comuns do que entre os mais pobres.

De acordo com Brasil (2017), em relatório da pesquisa por inquérito telefônico para vigilância de fatores de risco para doenças crônicas, com amostragem das capitais estaduais e do Distrito Federal, a frequência do excesso de peso, em 2016, na população adulta, foi de 53,8%. A maior frequência de excesso de peso foi verificada entre homens, 57,7%; no caso das mulheres chegava a 50,5% (BRASIL 2017). Em relação à obesidade, entre indivíduos do sexo masculino, a frequência mais alta foi verificada em Rio Branco, 24,8% dos homens, seguida de João Pessoa, com 23,8%, e Cuiabá com 23,0% dos homens obesos, conforme a Figura 9. Entre as mulheres, a frequência mais alta de obesas foi verificada também em Rio Branco, seguida de Maceió e Salvador, que apresentaram, respectivamente, as frequências de 22,8%, 22,5% e 21,7%, conforme pode ser observado na figura 10 na sequência. Entre os indivíduos do sexo masculino, as menores frequências de obesidade foram verificadas nas capitais São Luís, Vitória e Florianópolis. Entre as mulheres, as frequências mais baixas foram verificadas em Goiânia, Florianópolis e Palmas conforme figuras 9 e 10 na sequência. (BRASIL, 2017)

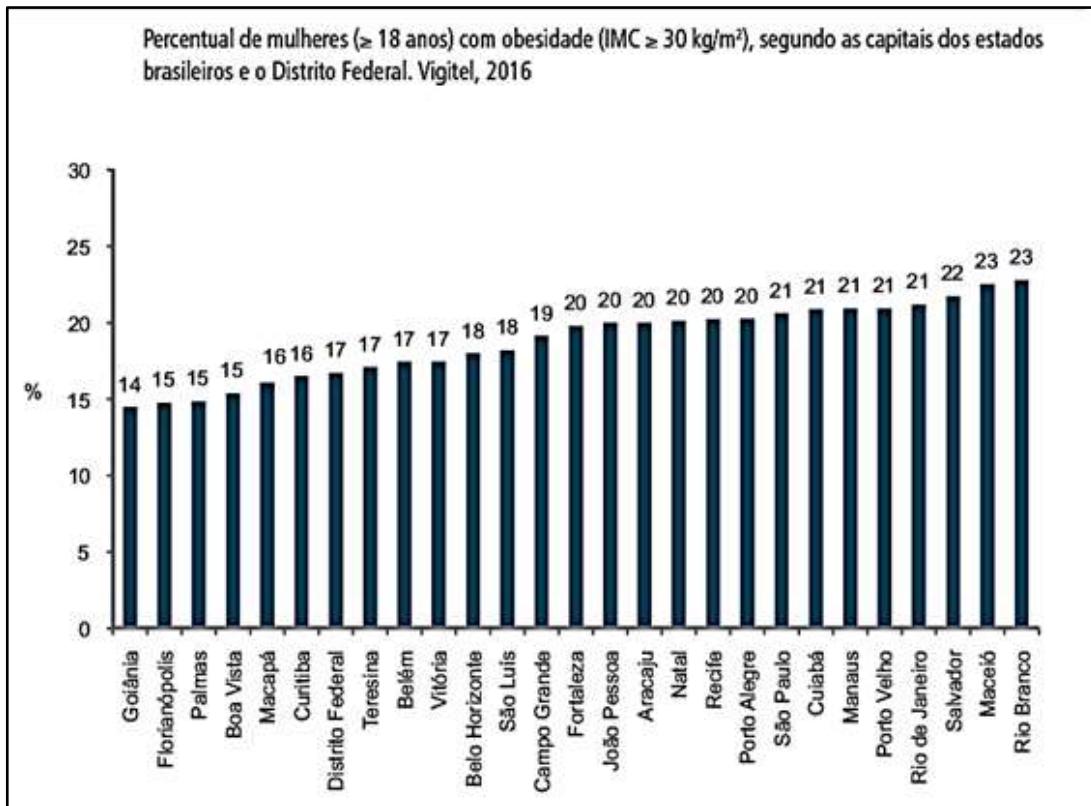


Fonte: Vigitel 2016 (BRASIL 2017)

Figura 12 - Percentual de homens adultos com obesidade

O Vigitel 2016 averiguou dados referentes à falta de atividades físicas entre adultos, apresentando as seguintes conclusões (BRASIL, 2017).

O Vigitel classifica como fisicamente inativos todos os indivíduos que referem não ter praticado qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos relevantes no trabalho, não se deslocam para o trabalho ou para a escola a pé ou de bicicleta (perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto ou 20 minutos por dia) e que não participam da limpeza pesada de suas casas. A frequência de indivíduos fisicamente inativos variou entre 10,3% no Distrito Federal e 18,1% em Aracaju. Entre homens, as maiores frequências de inatividade física foram observadas em Aracaju (18,8%), João Pessoa (17,7%) e Porto Alegre (15,9%) e as menores no Distrito Federal (9,0%), em Vitória (9,5%) e em Salvador (9,9%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Recife (19,2%), São Luís (18,6%), Maceió e João Pessoa (18,0%) e as menores no Distrito Federal (11,4%), em Goiânia (12,1%), em Belo Horizonte e em Florianópolis (12,2%). (BRASIL, 2017, p. 91)



Fonte: Vigitel 2016 (BRASIL, 2017)

Figura 13 - Percentual de mulheres adultas com obesidade

Conforme o exposto na Figura 14, João Pessoa, por exemplo, apresentou altas taxas de inatividade tanto para homens quanto para as mulheres, sendo 17,7% e 18,0%, respectivamente. Em outras capitais observa-se diferença significativa entre as frequências de inatividade quando são comparados os sexos, a exemplo de Belém do Pará, onde entre os homens foi verificada em 9,9% deles, ao passo que entre as mulheres a inatividade alcançava 17,8%. Já em São Paulo, capital, entre os homens a inatividade identificada foi de 11,5% e das mulheres 14,3%. Vários são os fatores que podem levar a uma maior ou menor variação na inatividade quando comparados indivíduos dos dois sexos. Seria necessário verificar, por exemplo, distribuição deles no mercado de trabalho, médias etárias, médias de renda etc. A escolha por amostragem por capitais, ainda que tenha trazido dados relevantes sobre sobrepeso e obesidade, atividades físicas e hábitos alimentares, e possa facilitar na estratégia adotada pelo Vigitel, por meio de inquérito telefone, não abrange aspectos dos hábitos alimentares, ou mesmo perfis antropométricos, em áreas rurais, distritos e pequenas cidades.

5.3- Obesidade em crianças e adolescentes brasileiros

Antes de abordar dados sobre obesidade entre crianças e adolescentes brasileiros, faz-se necessário esclarecer que a definição de criança e de adolescente recorrente em bibliografia nacional segue o que determina o artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente, “considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade” (BRASIL, 1990). A OMS, por sua vez, baseando-se na Convenção dos Direitos da Criança, de 1989, em sua Parte I, Artigo 1º, considerava como crianças, todos os menores de 18 anos de idade (OMS 2016), sobretudo para fins estatísticos. Por outro lado, a própria OMS utiliza, em determinados contextos, a definição de adolescente para os indivíduos com idade entre 10 e 19 anos. Para fins de análise da condição antropométrica do público alvo do presente trabalho, ou seja, estudantes da E.M. Professora Orlanda Neves, foi escolhida a terminologia que considera como adolescentes todos os menores de idade à partir dos 12 anos completos.

Diversos estudos têm trazido, nos últimos anos, dados preocupantes quanto ao avanço do sobrepeso e da obesidade entre crianças e adolescentes. Carvalho et al., (2013) já destacavam que

A obesidade infantil apresentou alarmante aumento nas últimas três décadas e tornou-se grande problema de saúde pública. A estimativa mundial da *International Obesity Task Force* (IOTF, 2005) e de que haja, atualmente, 155 milhões de crianças com excesso de peso (sobrepeso/obesidade). Os países industrializados são os que apresentam a mais alta prevalência de obesidade infantil. Esses índices são alarmantes, considerando-se não só o aumento do risco de doenças crônico-degenerativas causado pela obesidade, como também o custo financeiro do seu tratamento ou controle. (CARVALHO et al., 2013, p. 74-75)

Ainda segundo os autores supracitados, a prevenção à obesidade deve começar já no estágio intrauterino do indivíduo, ou seja, através da promoção da saúde da gestante, com a identificação dos fatores de risco para sua saúde e da criança. Esses cuidados devem ter continuidade nos primeiros anos de vida, e ao longo das diferentes fases da infância, de forma que família, escola e comunidade

seriam corresponsáveis pela promoção do bem-estar nutricional das crianças (CARVALHO et al., 2013).

Quando são comparados os fatores determinantes, Carvalho et al. (2013) concluem que só em aproximadamente 5% dos casos a obesidade decorre de fatores endógenos, ou seja, características genéticas e neuroendócrinos. Nos demais 95% dos casos decorre de fatores socioambientais, ou seja, fatores exógenos. Daí a importância de se conceber o quadro da obesidade infantil não apenas do ponto de vista médico, mas considerando hábitos e condições de vida das crianças. Nisso deve incluir uma das potencialidades representadas pelo PSE, na medida em que as ações envolvidas se voltam também para o encorajamento a hábitos alimentares mais saudáveis, resultante do acompanhamento da criança identificada com sobre peso ou obesidade por nutricionista da Unidade de Saúde, por exemplo.

De acordo com dados reproduzidos por Carvalho et al. (2013), com base em estudo realizado no Brasil pelo IBGE, em parceria com o Ministério da Saúde, em recente Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009), considerando características nutricionais e antropométricas, houve alteração significativa no perfil da população brasileira nas últimas quatro décadas. O Déficit de Altura, ou seja, quando a criança tem estatura inferior à aquela esperada para sua faixa etária, vem caindo nesse período. Entre os meninos, caiu de 29,3% no período de 1974 a 1975, para 7,2% de 2008 a 2009. No caso das meninas, a redução foi de 26,7% para 6,3% respectivamente, tomado como amostra as crianças entre 5 e 9 anos de idade. Por outro lado, sobre peso e obesidade, juntos, atingiram 51,4% dos meninos, e 43,8% das meninas, na mesma faixa etária, no período de 2008-9. No período 1974-1975 o excesso de peso e a obesidade atingiram 13,8% dos meninos e 10,4% das meninas. Por outro lado, os dados referentes à faixa etária dos 10 aos 19 anos demonstraram uma menor incidência de obesidade para esse grupo. Assim, no período 2008-9, 21,7% dos meninos apresentavam sobre peso, e 5,9% obesidade. Entre as meninas, de 10 a 19 anos, no mesmo período, 19,4% apresentavam sobre peso e 4% foram identificadas como obesas. (CARVALHO et al., 2013).

É unanimidade entre os autores consultados que a obesidade infantil tem consequências que podem se traduzir em implicações metabólicas, anatômicas, psicológicas e comportamentais (CARVALHO et al., 2013; COURY, 2016; MORAES, 2015; ZUANETTI, 2015).

Zuanetti (2015) concentrou sua análise nas consequências cognitivas da obesidade, com uma ênfase na aquisição das habilidades envolvidas na aprendizagem escrita, sendo exemplos dessas habilidades a Consciência Fonológica (CF) a Nomeação Automática Rápida (RAN) e a Memória de Trabalho Fonológica (MTF). A faixa etária em que se costuma ministrar a alfabetização não corresponde ao grupo de adolescentes tomados como amostragem no presente trabalho. Mas ainda assim, as considerações de Zuanetti (2015) podem ser indicativas de um caminho no sentido de se refletir sobre o aproveitamento escolar também do adolescente com sobrepeso ou obesidade.

No tocante às consequências metabólicas da obesidade, vale destacar que:

Distúrbios metabólicos relacionados a obesidade podem ser achados isolados de exames clínicos ou laboratoriais e a combinação entre resistência à insulina, hiperglicemia, hipertensão arterial sistêmica, aumento de triglicírides e diminuição do HDL constitui o diagnóstico de síndrome metabólica, com sérias repercussões para o desenvolvimento de problemas cardiovasculares na vida adulta. (CARVALHO et al., 2013, p. 77)

Como consequências anatômicas, Carvalho et al. (2013) mencionam o aumento do peso e a subsequente sobrecarga de ossos e articulações, fraturas, problemas no crescimento, apneia do sono, alterações em regiões como laringe, abdome e tórax, reconhecendo a existência também de implicações para a atividade neurológica, sonolência e impacto sobre a aprendizagem.

Destaca-se que o controle da obesidade entre os jovens é fundamental, tendo em vista o aporte de comorbidades associadas a essa condição crônica, dentre as quais se destacam: hipertensão arterial sistêmica, doença cardíaca coronariana, diabetes mellitus, a dislipidemia, neoplasias, disfunções endócrinas, disfunção da vesícula biliar, problemas pulmonares e atrites (FRANCISCHI SOUZA et al., 2017).

Paiva (2001) comparou dados antropométricos, sobretudo através do indicador da altura, de crianças atletas praticantes de ginástica olímpica, que compunham o Grupo Experimental, integrantes da Academia Olímpia na cidade de Natal-RN; com os dados de um Grupo controle formado por estudantes que não praticavam atividade física regular. A faixa etária era dos 7 aos 11 anos de idade, de forma que a autora pretendia verificar se a prática da atividade supracitada impactava no crescimento das crianças. Os dados antropométricos das garotas acompanhadas pela pesquisa foram coletados e registrados trimestralmente, de fevereiro de 1991 a fevereiro de 2001. Os resultados encontrados permitiram

observar que, entre as atletas e o grupo controle, houve diferenças nas variáveis antropométricas, exceto no caso da estatura, cuja variação não foi significativa. As médias de crescimento do grupo experimental e do grupo controle foram de 11 cm e 10 cm, respectivamente, no período de 2 anos, estatisticamente falando, não houve diferença significativa entre os grupos (PAIVA, 2001). Em relação ao peso, a média de aumento do Grupo Experimental foi de 7,43 kg, e do Grupo Controle 7,30 kg, também uma diferença estatisticamente irrelevante. A variação de IMC foi de 1,31 kg/m², no Grupo Experimental, ao passo que no Grupo Controle foi de 1,28 kg/m², não representando diferença estatisticamente significativa. A metodologia apresentada para o presente trabalho diferencia-se daquela adotada em Paiva (2001) na medida em que se concentra nos aspectos qualitativos em detrimento das médias. O foco nos valores médios dos grupos mascara a verificação de diferenças entre os indivíduos, o que invalidaria a proposta da presente pesquisa de acompanhar a linha do cuidado com o adolescente identificado com sobre peso ou obesidade.

Ferreira (2006) investigou a ocorrência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos, e a relação dela com medidas antropométricas. Foram avaliados 129 indivíduos de 7 a 14 anos, de ambos os sexos, que tinham procurado atendimento no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, entre agosto de 2005 e julho de 2006. Os dados coletados foram analisados, concluindo pela identificação de que a hipertensão teria relação com o Índice de Massa Corporal (IMC) e com o percentual de gordura, mas não com a Relação Cintura Quadril (RCQ). No grupo pesquisado a hipertensão teria então relação com a presença da gordura, independentemente da sua localização no corpo.

Caixeta (2013) buscou averiguar se crianças obesas pré-púberes apresentavam alterações metabólicas e antropométricas relacionadas com a apneia obstrutiva do sono. Foram acompanhadas 29 crianças obesas com queixa de ronco e sem antecedentes de intervenção cirúrgica prescrita por otorrinolaringologista. Além da coleta dos dados antropométricos, foram realizados vários exames nas crianças, tais como medição de glicemia e insulina, lipidograma e hemograma etc. As crianças foram divididas em portadoras de síndrome da apneia obstrutiva do sono, no caso 9 indivíduos, e portadoras de ronco primário, sendo as 20 demais. As dimensões da tonsila faríngea teria sido o único elemento, dentre os exames otorrinolaringológicos, com variação significativa entre os dois grupos, ($p= 0,01$). A

razão entre circunferência abdominal e altura foi maior no grupo de indivíduos identificados com Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, do que no grupo de crianças com Ronco Primário. Todas as crianças do grupo com Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono apresentaram Circunferência Cervical alterada, situação verificada também em 63% das crianças com Ronco Primário. Caixeta (2013) conclui que os resultados encontrados não permitem fazer uma associação direta entre obesidade e Distúrbios Respiratórios do Sono. A autora cita tanto estudos em que se concluiu que os Distúrbios Respiratórios do Sono foram mais recorrentes entre obesos, quanto estudos que também não identificaram uma relação direta. Por fim, Caixeta (2013) faz ressalvas metodológicas para ponderar sobre as diferentes conclusões a que se chegou em estudos com objeto e metodologia semelhantes. Quanto ao próprio estudo exposto em Caixeta (2013), a autora reconhece que a amostragem pode não ter sido suficiente para averiguar a relação entre distúrbios respiratórios durante o sono e a obesidade. Mas destaca que as diferenças nos resultados de pesquisas provem sobretudo de diferenças metodológicas tais como: variação no parâmetro de obesidade adotado; variações na compilação dos dados antropométricos, que em alguns estudos eram obtidos por informações dos pais das crianças analisadas, e em outros, coletados pelo própria pesquisadora; o fato do uso da medida da circunferência abdominal dividida pela altura para verificação da obesidade infantil ainda não ser um método conceitual; o fato da maioria dos estudos pautarem-se em parâmetros de IMC que não foram elaborados para crianças brasileiras etc. (CAIXETA, 2013: p 28).

Julio (2017) procurou descrever o perfil antropométrico, nível de realização de atividades físicas, aptidões físicas relacionadas a saúde em geral, dos estudantes de segundo ciclo da rede municipal de Niterói-RJ. O grupo analisado foi composto por 651 estudantes, de 38 escolas de segundo ciclo do município em questão, no mês de abril de 2016. Além dos indicadores antropométricos e de exames, a pesquisa se valeu de questionários, para avaliar a “qualidade de vida” e hábitos, por exemplo. No que se refere a obesidade e sobre peso, foi identificada em 30,86% dos meninos, e 35,19% das meninas.

Lopes (2018) procurou descrever as repercussões da prematuridade ao nascer, no perfil pressórico, níveis lipídico e glicêmico, e nas características antropométricas de adolescentes de um determinado bairro da cidade de Cascavel, no Paraná, entre 10 e 19 anos. As crianças e adolescentes alvo da pesquisa tinha

nascido prematuramente, conforme os dados buscados na Unidade Básica de Saúde Palmeiras. A pesquisa envolveu aplicação de questionários, entrevista semiestruturada, avaliação física e acompanhamento dos cartões de vacina. Um dos fatores destacados por Lopes (2018) foi a obesidade visceral, considerada no trabalho em questão como marcador mais importante de síndromes metabólicas, uma vez que é aferida pela Circunferência Abdominal, permitindo averiguar acúmulo de gordura intra-abdominal. Baseando-se em critérios da *International Diabetes Federation* (IDF), que considera portador de Síndrome Metabólica o adolescente cuja Circunferência Abdominal for maior ou igual a 90, Lopes (2018) encontrou CA \geq 90 em 10% dos adolescentes nascidos prematuros analisados. Mas a autora considera preocupante o fato de que em 22% foi verificado percentil superior a 75, o que em parte da bibliografia por ela consultada, já configuraria situação de obesidade abdominal. Um dos achados mais significativos de Lopes (2018), talvez tenha sido a verificação de que 76% dos adolescentes nascidos prematuros acompanhados pela pesquisa apresentaram excesso de peso corporal (LOPES, 2018)

Félix (2013) analisou a implementação do Programa Saúde Todo Dia, a partir de janeiro de 2009, em Uberlândia-MG. O programa em questão foi desdobramento da reformulação de programas anteriores, procurando focar na Integralidade e Intersetorialidade, mas ainda assim em consonância com as diretrizes nacionais para o PSE. Félix (2013) empreendeu uma análise qualitativa, e assim como o presente trabalho, teve nas entrevistas seu principal objeto de estudo, no sentido de compreender valores, crenças e concepções dos gestores e profissionais sobre o processo de implementação do Saúde Todo Dia. Vale destacar aqui que, conforme alternaram-se gestões à frente da Prefeitura Municipal de Uberlândia, o projeto ganhava diferentes denominações, tendo sido nomeado “Programa Saúde Escolar”, desde 2006, e “Programa Saúde Todo Dia” desde 2009. As entrevistas de Félix (2013) foram aplicadas a gestores do programa em questão, do Centro Municipal de Estudos e Projetos Educacionais Julieta Diniz (CEMEPE), agentes de saúde escolar e responsáveis pelas unidades de saúde de referência. O autor supracitado percebeu no programa uma limitação no sentido de incentivar apenas o cuidado individual do aluno, no que se refere a hábitos com escovação e saúde bucal, por exemplo, sem uma linha de ações que permitisse aos estudantes contribuir para construção da saúde e bem-estar a nível familiar ou mesmo da comunidade. Para

Félix (2013), o enfoque apenas na conduta individual do aluno estaria em contradição inclusive com o lema do programa, “saúde da escola para toda a família”. Mas a crítica do autor pode soar generalizante na medida em que, nas atividades relacionadas ao perfil nutricional e prevenção à obesidade, as entrevistas mencionaram a coleta de dados antropométricos, realização de palestras voltadas para os pais e suspensão da venda de balas e similares nos barzinhos de escolas.

Santos (2016) analisou estratégias de promoção da saúde, a partir das escolas públicas, e das Unidades Básicas de Saúde da Família, em Uberlândia-MG, com base na relação intersetorial e na mobilização comunitária. Metodologicamente, Santos (2016) orientou-se pela pesquisa-ação, ou pesquisa com intervenção, visto que enquanto se pesquisava já se desenvolviam ações práticas, para resolução de problemas. A pesquisa destacou o caso da Escola Municipal de Educação Fundamental Prof. Eurico Silva, onde houve a implantação do Observatório de Saúde objetivando viabilizar a vigilância, bem como a promoção da saúde, com protagonismo dos alunos, envolvendo também professores e demais servidores no contexto da vida cotidiana, buscando alcançar também a família e a comunidade. O observatório da saúde foi consolidado mediante constituição dos Grupos de Trabalho, que no princípio voltaram-se para os temas “alimentação saudável” e “mundo sem drogas” e posteriormente, “dengue”. Num segundo momento, Santos (2016) dedicou-se à aproximação entre o Observatório da Saúde e as Unidades Básicas de Saúde da Família, de forma que escolas e unidades de saúde deveriam desenvolver juntas, ações de combate ao *Aedes Aegypti*, de forma intersetorial e comunitária. Para Santos (2016), só foi possível a obtenção de resultados positivos porque a Diretoria de Vigilância em Saúde e a Coordenação da Atenção Básica do município se empenharam na execução da proposta, pautando-se no objetivo de superar o modelo higienista/sanitarista. Santos (2016) percebeu que a articulação entre as áreas da saúde e da educação, defendida nos instrumentos legais que orientam programas como o PSE, raramente se concretiza, e que as ações em saúde costumam ser desarticuladas, sem a devida atenção quanto ao contexto em que estão inseridos os sujeitos. A experiência do Observatório da Saúde, na Escola Municipal Eurico Silva, teria sido justamente uma situação em que se observaram o protagonismo da comunidade, intersetorialidade e consonância com as especificidades do espaço em que foram desenvolvidas as ações.

Em todos os trabalhos supracitados a análise antropométrica foi significativa na condução da pesquisa e análise de resultados, mas não foi o único recurso empregado. Conforme já destacado anteriormente, a análise das condições que levam ao sobre peso e obesidade ultrapassa dos determinantes clínicos, envolvendo questões socioeconômicas e culturais. Diante disso, até para melhor compreensão do contexto em que estão inseridos os indivíduos pesquisados, faz-se uso de recursos como entrevistas e questionários.

O impacto da obesidade infantil costuma ser associado à precocidade no surgimento de outras enfermidades, tais como hipertensão, problemas cardíacos, diabetes etc. Mas também, recentemente, tem chamado a atenção os desdobramentos psicoemocionais do sobre peso, tais como: baixa autoestima, e depressão, e inclusive as consequências desse quadro clínico sobre os processos cognitivos e aprendizado de modo geral. A relação entre obesidade e a parte cognitiva seria problemática ainda pouco explorada, conforme salienta Zuanetti (2015), mas segundo a autora, mesmo em fatores que não sejam imediatamente associáveis à obesidade, esta relação pode ser percebida. Partindo do pressuposto que a atividade física possibilita o aumento da oferta de nutrientes e de oxigênio para as funções metabólicas encefálicas, além de auxiliar na modulação de diversos hormônios, com consequências para a morfologia cerebral ou funcionamento cerebral, e aumento da expressão de neurotransmissores.

5.3. Obesidade em Uberlândia-MG

A edição de nº 8 do Boletim de Vigilância em Saúde, de Junho de 2018, publicado pela Prefeitura Municipal de Uberlândia, recebeu destaque a questão da Vigilância Alimentar e Nutricional, de forma que o SISVAN é destacado como valioso instrumento de apoio à promoção da saúde nutricional, reconhecido pelo Ministério da Saúde, com potencial para melhorar as ações nessa área da atenção básica. Mas para além das qualidades do programa, é destacada a importância das ações de coleta de dados nas unidades de saúde, sobretudo por meio do perfil antropométrico:

O uso de indicadores antropométricos na avaliação do estado nutricional de indivíduo ou coletividades é, entre várias opções, a mais adequada e viável para ser adotada em serviços de saúde, considerando as suas vantagens como: baixo custo, a simplicidade de realização, sua facilidade de aplicação

e padronização, amplitude dos aspectos analisados, além de não ser invasiva. É aplicável em todas as fases do curso da vida e permite a classificação de indivíduos e grupos segundo o seu estado nutricional. Outra vantagem da utilização de indicadores antropométricos é a grande quantidade de ferramentas e recursos metodológicos e técnicos já disponíveis para a análise da situação nutricional de indivíduos ou populações e, principalmente, para comunicação e comparação dos resultados. (UBERLÂNDIA: 2018, p. 1)

Também de acordo com o Boletim de Vigilância em Saúde nº 8, no ano de 2017, no município, 67,79% da população adulta avaliada nas unidades de saúde encontrava-se com excesso de peso. Na faixa etária de 5 a 10 anos, a porcentagem era de 31,42%; e entre adolescentes, teria chegado a 33,61% (UBERLÂNDIA, 2018).

A obesidade é reconhecida no documento como um problema de saúde pública, com um número crescente de casos identificáveis nas diversas faixas etárias. É apontada como grave fator de risco para várias doenças, e também geraria muita demanda e custos para o sistema de saúde. A atuação da Prefeitura Municipal de Uberlândia, em relação a este problema, teria como focos a promoção e prevenção e controle da crescente situação de sobre peso e obesidade. É reconhecida a necessidade de envolvimento de diversos profissionais de saúde, de um trabalho interdisciplinar, únicos caminhos para resultado eficaz e permanente.

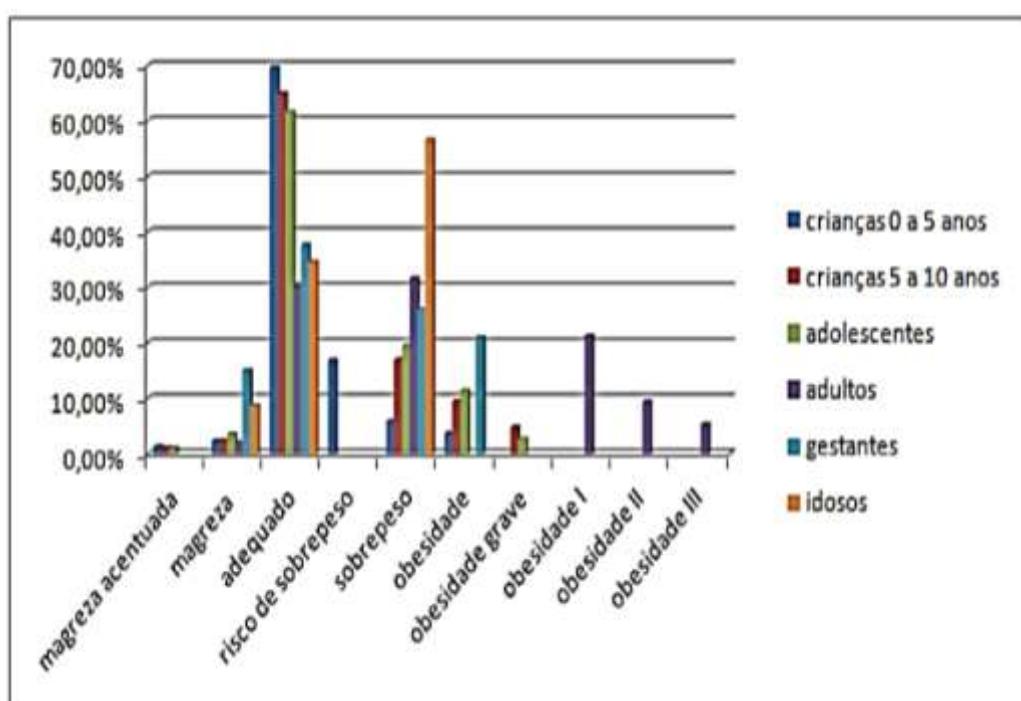


Figura 11 - Estado nutricional população de Uberlândia (SISVAN, 2017).

A Figura 11 permite observar tendências no perfil nutricional dos überlandenses (UBERLÂNDIA: 2018). O estrato dos adultos, conforme Figura 11, em 2017, foi aquele que apresentou o segundo maior percentual de sobrepeso, sendo o estrato com maior percentual de sobrepeso, o dos idosos. No caso dos adolescentes, somando-se percentuais de sobrepeso, obesidade e obesidade grave, ultrapassa-se a marca dos 30%, marca que se torna alarmante pelo impacto que deverá provocar nas gerações futuras.

5.4. O Programa Saúde na Escola

O nascimento da saúde na escola se deu em 1779 a partir do guia “sistema Frank” publicado na Alemanha pelo médico Johann Peter Frank que elaborou o *Systemeiner Vollständigen Medicinischen Politizei*. Esse guia não cita apenas a saúde escolar como também a saúde como um todo e em seus vários aspectos. O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído, no Brasil, pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007).

O PSE faz parte do conjunto de programas e ações compreendidos enquanto Atenção Primária à Saúde (APS), que no Brasil, é majoritariamente desenvolvida e ofertada pelo setor público. Mendes (2015) lembra que há diferentes entendimentos sobre o papel e funcionamento da APS, defendendo que, para uma maior eficiência das ações, deve-se priorizar uma abordagem que a considere enquanto estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, enquanto meio singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar os recursos do sistema de saúde, objetivando satisfazer às necessidades, demandas e representações populares. Com isso, a APS deve ser inserida nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), superando a expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) que, segundo Mendes (2015), apesar de apresentar bons resultados, é comprometido por problemas estruturais que permanecem não resolvidos. O que o autor vislumbra que a APS tenha um papel estruturante na construção das RAS, de modo a cumprir três funções essenciais:

Função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente, os mais simples; a função coordenadora de ordenar

os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às equipes de ESF. Só será possível organizar o SUS em redes se a APS estiver capacitada a desempenhar bem essas três funções. Só, assim, ela poderá coordenar RAS e instituir-se como estratégia de organização do SUS. (MENDES, 2015, p. 16)

A forma como Mendes (2015) vislumbra a organização das RAS, partindo dos referenciais e demandas identificadas na APS, traz uma concepção que supera o planejamento das ações em saúde a partir de indicadores demográficos, mas sim à partir da observação, acompanhamento e diálogo com a população cadastrada e vinculada a cada equipe de ESF. Nesse caso, a população atendida passa a atuar na construção das RAS, juntamente com gestores e servidores dos programas de saúde, com uma maior atenção dispensada às suas necessidades e demandas. Os resultados da análise de demanda da APS no SUS revelam um quadro de extrema complexidade, que não é satisfatoriamente compreendido e atendido na estrutura da oferta ainda vigente no SUS. Basicamente, Mendes (2015), defende a organização e planejamento dos sistemas de saúde a partir de uma identificação apurada das demandas, e não a partir do aumento sucessivo da oferta.

Historicamente, os campos da Saúde e da Educação estiveram interligados enquanto políticas de estado, tanto que até o final dos anos 50 compunham um mesmo ministério, o Ministério da Educação e saúde. Mas o viés, o olhar, era muito diferente. Tradicionalmente, a concepção era de identificar e sanar problemas de saúde que em alguma medida afetassem o aprendizado e/ou a disciplina, numa concepção higienista. Recentemente, busca-se a promoção da saúde da criança e do adolescente em si. Segundo Brasil (2009) essa reordenação se consolidou por volta de 2006 com a Política Nacional de Promoção da Saúde. Também há um deslocamento do viés sanitarista no sentido da promoção da saúde de forma mais ampla, por isso incluindo a prevenção como peça fundamental.

É recorrente nos documentos oficiais ligados ao PSE a constatação de que as políticas em saúde reconhecem o espaço escolar como sendo privilegiado para práticas promotoras da saúde. Esta percepção pode ser observada inclusive na redação dos 7 principais objetivos traçados para o PSE:

- I – Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde;
- II – Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de

susas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III – Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV – Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI – Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes;

VII – Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo. (BRASIL, 2009: p. 12)

A escola seria ambiente estratégico para promover a educação para a saúde, entre crianças e adolescentes, por ser a instituição que possibilita educar através da construção de conhecimentos que resultam dos confrontos de saberes: aqueles disseminados através das disciplinas; aqueles provenientes do ambiente familiar; conhecimento propagado nos meios de comunicação; trazidos pelos professores. O confronto de saberes resulta numa “cultura escolar” própria de cada instituição de ensino:

Essa dinâmica cultural da escola é extremamente vigorosa, tornando-a um espaço de referências muito importante para crianças e adolescentes, que cada vez mais desenvolvem em seu âmbito experiências significativas de socialização e vivência comunitária. A escola é considerada por alguns como o espaço de transição entre o mundo da casa e o mundo mais amplo. Portanto, a cultura escolar configura e é instituinte de práticas socioculturais (inclusive comportamentos) mais amplos que ultrapassam as fronteiras da escola em si mesma. É dentro desse enfoque que se entende e se justifica um programa de saúde na escola, inserido e integrado no cotidiano e na cultura escolar, irradiando-se dessa forma para além dos limites da escola. (BRASIL, 2009, p. 15)

Ainda de acordo com Brasil (2009), seriam os desafios mais importantes das ações de promoção da saúde na escola: a) integrar com ensino de competência para além das exigências avaliativas formais, ou seja, educar para a vida, em todos os níveis; b) instrumentalizar professores e demais servidores da escola para fortalecer as iniciativas; c) identificar e promover a vigilância das práticas de risco; d) monitorar e avaliar a efetividade das ações promovidas.

O PSE foi instituído no ano de 2007, sendo um Programa Interministerial envolvendo as pastas da Saúde e da Educação, com a finalidade de promover ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida e condições de educação e saúde, voltado para crianças, adolescentes e jovens da rede pública no território nacional. Como parte do processo que culminou na criação do Programa Saúde na

Escola, em 2006 havia sido editada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), representando importante marco político-ideológico na construção do Sistema Único de Saúde. Na perspectiva em construção, tem sido deixada de lado a culpabilização isolada do indivíduo pelo cuidado com a saúde, ou da falta dele, no sentido da promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e riscos à saúde. A promoção da saúde deixa de ser entendida como estreitamente relacionada à forma como o indivíduo promove o autocuidado, e passa a considerar condições de trabalho, habitação, alimentação, lazer etc.

A criação do PSE também se baseou em novas concepções acerca do próprio ambiente escolar, agora compreendido como espaço de relações, por onde transitam diferentes sujeitos com trajetórias e papéis sociais distintos – professores, estudantes, servidores da limpeza, especialistas em educação, pais, mães, etc. Com o PSE, os setores da Educação e da Saúde, pelo menos em tese, trabalham juntos, para atingir um objetivo em comum, resultando em benefício para ambos, orientando-se pela ação intersetorial.

As ações do PSE, bem como os objetivos que as norteiam, não são definidos aleatoriamente, sem um “recorte espacial”, pois há que se estabelecer a limitação geográfica das demandas e responsabilidades. Brasil (2009) assim descreve a relevância do território na elaboração das ações em saúde:

O território é espaço da produção da vida e, portanto, da saúde. Define-se como espaço geográfico, histórico, cultural, social e econômico que é construído coletivamente e de forma dinâmica por uma série de sujeitos e instituições que aí se localizam e circulam. Dessa maneira, o conceito de território é central para se abordar os princípios da Atenção Básica, pois é a abrangência sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família para o desenvolvimento de suas ações, onde se vincula à comunidade que aí vive e produz saúde e/ou doenças. É nesse território (que contempla as unidades escolares) e com os sujeitos de sua comunidade onde as equipes de Saúde da Família podem construir e fortalecer a articulação com a comunidade escolar. (BRASIL: 2009, p. 8, 9)

Santos (2016) também destaca a territorialidade como aspecto fundamental na estruturação dos programas de promoção da saúde, desde que se considere que o território é bem mais que demarcação demográfica e administrativa, comportando imaterialidades, saberes, práticas da comunidade que compõe:

Nesse sentido, o território deixa de ser um espaço delimitado por critério qualquer, sem nenhum conteúdo, ainda que haja algumas definições

político-administrativas que definem o Bairro, a cidade, os estados e os países como unidades territoriais. Em uma compreensão mais ampla, o território é uma construção social produzida na relação entre os sujeitos sociais e o lugar, produzindo contextos sociais que favorecem a saúde ou a doença. (SANTOS, 2016, p. 53).

Ainda de acordo com Santos (2016), promoção da saúde deve superar o modelo biomédico, deve incluir abordagens intersetoriais, coletivas e interdisciplinares, de forma que, produzir territórios saudáveis equivaleria a promover saúde, com mobilização comunitária. Ocorre que, a autora percebe que, na prática, a abordagem individual biomédica ainda é predominante, havendo também uma confusão entre promoção da saúde e prevenção, mas o enfoque na prevenção deve ser bem mais amplo do que apenas prevenção, no sentido de buscar identificar determinantes para as situações de saúde e doença (SANTOS, 2016).

A concepção de projetos como o PSE, nos moldes acima descritos, tem condicionantes que ultrapassam as condições observadas a nível nacional. A elaboração de Políticas Sociais estaria ligada a demandas da própria sociedade, por meio de movimentos sociais, por exemplo, mas também como resultado da atuação de organismos internacionais tais como o Banco Mundial, Bird e Bid, que têm monitorado os indicadores sociais de diferentes países. Segundo Dondoni (2016) havia a constatação de que o crescimento econômico e industrial observado em países “periféricos”, não tinha sido acompanhado por uma melhoria na qualidade de vida de contingentes significativos de pessoas desses países, sendo flagrante, ao contrário, o aumento da pobreza e das desigualdades. Não cabe aqui discutir detalhadamente como organismos financeiros multilaterais têm influenciado a política econômica em diferentes países por exemplo, discute como tem ocorrido o desmonte do financiamento da seguridade social diante dos imperativos de ajuste fiscal. Mas é notório que o foco nos setores de infraestrutura (energia, transportes, indústria de base etc.) tem se deslocado para empréstimos voltados para programas sociais.

A questão nutricional é uma das pautas inerentes ao PSE, não sendo a única, seriam então as linhas de ação do programa:

Avaliação antropométrica e Avaliação nutricional; Atualização do calendário vacinal; Detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS); Detecção precoce de agravos de saúde negligenciados (prevalecentes na região: hanseníase, tuberculose, malária etc.); Avaliação oftalmológica;

Avaliação auditiva; Avaliação da saúde bucal; e Avaliação psicossocial. (DONDONI, 2016: p. 65)

No que se refere à Avaliação Antropométrica e Avaliação Nutricional, considera-se que existe o consenso de que o controle do crescimento é essencial na avaliação do estado de saúde e nutricional da criança, considerando variantes como ganho de peso, estatura e aceleração do amadurecimento ósseo. O conceito de “crescimento” deve ser compreendido em sua complexidade, em termos já definidos pela Sociedade Brasileira de Pediatria:

O processo de crescimento é complexo e multifatorial, englobando a composição genética do indivíduo e fatores hormonais, nutricionais e psicossociais. Apesar disso, a criança geralmente cresce de maneira muito previsível. O desvio desse padrão normal de crescimento pode ser a primeira manifestação de uma grande variedade de doenças, tanto endócrinas como não endócrinas. Portanto, é de extrema importância a avaliação frequente e acurada do crescimento de uma criança (DONDONI 2016).

Em relação à Avaliação Nutricional, dentro dos pressupostos do PSE, há a busca pela efetivação de ações que possibilitem a promoção de práticas alimentares saudáveis, prevenção e controle de distúrbios alimentares e nutricionais. Mas também, propiciaria a discussão sobre disponibilidade de alimentos no país, sua qualidade e indicativos para pesquisas no sentido da universalização do acesso aos alimentos.

Os dados colhidos pelo agente do PSE entre os estudantes, conforme já afirmado, são lançados em plataforma on-line que segue as diretrizes do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), de forma que o estado nutricional foi definido conforme a Tabela 6.

Publicações do Ministério da Saúde voltadas para o PSE, Brasil (2007), e Brasil (2011), reiteram o fato de que diferentes setores são corresponsáveis pela promoção da saúde das crianças e adolescentes inseridos no ambiente escolar: gestores, professores, profissionais de saúde, servidores, pais e responsáveis, comunidade em geral etc. Também é reiterado que não se trata apenas de um esforço para caracterizar clinicamente os estudantes, ou reeducá-los quanto aos hábitos: há que se atentar para muitos aspectos, incluindo a infraestrutura das unidades escolares. Seria preciso identificar os possíveis riscos presentes no ambiente escolar, e corrigi-los, bem como monitorar questões como acessibilidade e

mobilidade, que a concepção do PSE incorpora também a questão da inclusão aos educandos com deficiência física. Está previsto inclusive que no ato da avaliação antropométrica esteja especificada a condição destes educandos com deficiência física, de forma que as ações do PSE se tornem instrumento para o fortalecimento da inclusão dos mesmos no ensino regular (BRASIL, 2011).

Tabela 6 – Classificação do Estado Nutricional

Valores Críticos	Índices antropométricos para adolescentes		
	IMC-para-idade	Estatura-para-idade	
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
> Percentil 0,1 e < Percentil 3	> Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza	Baixa estatura para a idade
> Percentil 3 e < Percentil 15	> Escore-z -2 e < Escore-z -1	Eutrofia	
> Percentil 15 e < Percentil 85	> Escore-z -1 e < Escore-z +1		Estatura adequada para a idade
> 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: Adaptado de Organización Mundial de la Salud. Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Versión 1 – Noviembre 2006. Ginebra, OMS, 2006. In: BRASIL (2008)

As ações em saúde escolar devem ser planejadas através de projetos, elaborados de forma democrática, aberta aos membros da comunidade escolar, de forma que contemplam as prioridades nacionais na área de saúde, em diálogo com os currículos escolares, com encaminhamento das demandas para as unidades de saúde onde atuem profissionais das equipes de Saúde da Família. Está previsto nas publicações acerca do Saúde na Escola, que os projetos comportem ações de curto, médio e longo prazo, e que possam ser periodicamente avaliados. Dentro do que se propõe para a elaboração dos projetos, mais diretamente ligados à questão nutricional e metabólica, vale destacar:

f) Intervenção em áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis: saúde mental, saúde bucal, alimentação saudável, atividade física, ambiente e saúde, promoção da segurança e prevenção de acidentes, saúde sexual e reprodutiva, (...); g) Criação de mecanismos e estratégias de enfrentamento das violências, em todas as suas dimensões, bem como a difusão e a promoção da cultura de paz nas escolas brasileiras. (BRASIL, 2009: p. 17-18)

No planejamento e execução das ações em saúde escolar destaca-se também o papel estratégico das equipes de Saúde da Família, que têm a incumbência de avaliar as condições de saúde de crianças e adolescentes das escolas de sua área de atuação. À partir das demandas identificadas, os profissionais da Saúde da Família deverão fazer a mediação entre Educação e Saúde para viabilizar planos terapêuticos integrais e integrados, com o intuito de solucionar os problemas detectados. Acesso à avaliação clínica e psicossocial para crianças e adolescentes, ao menos uma vez por ano, preferivelmente no início de cada período letivo, é elemento fundamental previsto para o PSE:

Na prática, essas avaliações permitem observar o crescimento e desenvolvimento dos estudantes (inclusive no que diz respeito àqueles com deficiência e aos aspectos de saúde mental) e cuidar da manutenção de um estado de saúde geral adequado. No seu escopo, devem estar incluídas medidas de educação e promoção da saúde, como orientações em relação à nutrição, à prevenção do uso de drogas, aos cuidados com os dentes, à prevenção de violências (física, sexual e *bullying* ou assédio moral, como ficou reconhecido no Brasil), à alimentação saudável e à prática de atividade física, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, ao aconselhamento contraceptivo, à cultura da paz, entre outras. (BRASIL, 2009: p. 21)

Conforme Brasil (2009), dadas as particularidades de cada unidade escolar e da comunidade em que elas estão inscritas, não há consenso sobre exatamente como e quando as ações de avaliação clínica e psicossocial devem ser desenvolvidas, devendo haver justamente flexibilidade que permita a adaptação à realidade de cada escola. Ainda assim, existem recomendações básicas, fundamentadas em evidências científicas, e ordenações mais amplas dentro da atenção à saúde preconizada pelo SUS, que deverão funcionar como ponto de partida. O primeiro ponto seria a elaboração de um histórico clínico dos estudantes acompanhados, permitindo avaliar o crescimento da criança, perda ou ganho de peso.

“Avaliação Clínica”, “Avaliação nutricional” e “Promoção da alimentação saudável” constituem as três primeiras ações de saúde previstas no âmbito do PSE, consideradas do ponto de vista da promoção, prevenção e assistência. Quanto à “práxis” do programa, prevê-se que as equipes do PSE realizem visitas periódicas e permanentes às escolas neles inseridas, com o propósito de avaliar as condições dos estudantes, e também de proporcionar atendimento à saúde no decorrer do ano letivo, com base nas demandas e necessidades locais percebidas.

Conforme a experiência da autora do presente estudo, acumulada ao longo dos anos em que participa do PSE, a atuação das equipes no âmbito da própria escola tem sido efetiva no tocante à promoção de palestras e eventos voltados para conscientização do autocuidado e promoção de saúde; na efetivação da avaliação antropométrica; e na promoção de atividades tais como programa de escovação. Especificamente no que se refere aos estudantes identificados com sobrepeso ou obesidade, existe a dificuldade em identificar quais deles efetivamente entregaram às mães, pais, ou outros responsáveis, o encaminhamento para que seja agendada consulta com nutricionista; se a consulta é de fato marcada; se o estudante e familiares têm cumprido orientações sobre dieta e mudanças de hábito etc. Ainda que a proposta seja explorar mais adiante, de forma mais detalhada, as variáveis que influenciam nos resultados do programa, vale adiantar que elas envolvem desde a disposição dos familiares dos estudantes identificados com sobrepeso e obesidade no sentido de dar continuidade aos procedimentos indicados, até fatores com disponibilidade de nutricionistas nas unidades de saúde da família.

O PSE, em Uberlândia, foi estruturado a partir do Programa Educação em Saúde Territórios Saudáveis, já existente. O qual os agentes continuaram a desempenhar suas funções nas comunidades escolares públicas e passaram por uma reestruturação interna da Secretaria Municipal de Saúde, participando de capacitações baseadas nos seguintes documentos Decreto da Presidência da República de número 6.286, de 5 de dezembro de 2007, a qual institui o Programa Saúde na Escola-PSE e nas Diretrizes Básicas em Saúde Escolar.

Em publicação da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG, do ano de 2012, foram expostos os principais procedimentos do PSE e o número de estudantes beneficiados (UBERLÂNDIA, 2012). Merece destaque o fato de que, segundo o documento, a pesagem e medição, ou seja, identificação do perfil nutricional, bem como o encaminhamento para nutricionista, só começaram a ser

realizados à partir de 2010. Conforme observado na Tabela 7, o Perfil Nutricional era, no período de 2010 a 2012, o procedimento preventivo que atingia o menor número de estudantes. Não foram localizadas informações que permitissem averiguar, estatisticamente, o prosseguimento nas ações de acompanhamento, ou seja, consulta com nutricionista e aplicação de dietas, por exemplo.

Tabela 7 – Número de Procedimentos Preventivos (2008-2012)

Ação	Quantidade				
	2008	2009	2010	2011	2012
Teste de acuidade visual	433 Realizado apenas encaminhamento	29.003 Estudantes Cobertura: 89,1%	52.702 Estudantes Cobertura: 72%	61.882 Estudantes Cobertura: 76,5%	69.455 Estudantes Cobertura: 89,37%
Encaminhamento para consulta oftalmológica		3.190 estudantes	5.884 estudantes	6.365 estudantes	8.016 estudantes
Controle do cartão de Vacina	0 A ação não era realizada	0 A ação não era realizada	38.644 cartões conferidos Cobertura: 44,9%	57.957 cartões conferidos Cobertura: 67,30%	67.395 cartões conferidos Cobertura: 80,48%
Controle do cartão de vacina (Cartões Atualizados)	0 A ação não era realizada	0 A ação não era realizada	4.988 estudantes	5.188 estudantes	3.409 estudantes
Perfil Nutricional (medir / pesar)	0 A ação não era realizada	0 A ação não era realizada	10.571 Estudantes Cobertura: 15,1%	21.760 Estudantes Cobertura: 29,8%	39.449 Estudantes Cobertura: 55,93%
Encaminhados para consulta com nutricionista	0 A ação não era realizada	0 A ação não era realizada	475 estudantes	6.794 estudantes	6.634 estudantes
Higiene bucal Supervisionada	225.243 Estudantes Cobertura: 100%	272.614 Estudantes Cobertura: 100%	0 A ação não é mais executada	0 A ação não é mais executada	0 A ação não é mais executada
Implantação da caderneta do (a) adolescente	0 A ação não era realizada	0 A ação não era realizada	0 A ação não era realizada	17.907 Estudantes Cobertura: 54,1%	7.259 Estudantes Cobertura: 47,9%
Educação em saúde (temas diversos)	43.158 Estudantes Cobertura: 100%	40.291 Estudantes Cobertura: 100%	85.925 Estudantes Cobertura: 100%	86.071 Estudantes Cobertura: 100%	83.736 Estudantes Cobertura: 100%
Educação em	0	0	141.360	112.969	71.150

Zoonoses	A ação não era realizada	A ação não era realizada	Estudantes e outros segmentos sociais	Estudantes e outros segmentos sociais	Estudantes e outros segmentos sociais
----------	--------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Fonte: PMU, 2012. p. 60-61

Mesmo em anos recentes, tem sido difícil verificar quantos adolescentes identificados com sobrepeso ou obesidade, efetivamente marcam consulta com nutricionista e prosseguem com as ações previstas, pois até mesmo nas unidades de saúde falta um controle rigoroso desses dados.

Conforme mudam governos e gestões, a nível municipal, estadual e federal, a legislação para a área da saúde é atualizada, incluindo ou não a manutenção de determinados programas. O PSE, especificamente, não está presente em todos os municípios, pois a administração municipal deve, periodicamente, proceder com a inscrição do respectivo município, assim de viabilizar o repasse de recursos, subsídios e orientações inerentes ao programa. Desta forma, Minas Gerais (2016), na resolução SES/MG Nº 5.250, de 19 de abril de 2016, em seu artigo 6º, determinou que a Política Estadual de Promoção à Saúde (POEPS) buscaria:

promover e incentivar o desenvolvimento de ações intrassectoriais e intersetoriais que favoreçam a equidade, a melhoria das condições e modos de viver, que estimulem o empoderamento dos indivíduos e comunidades de modo a ampliar a potencialidade da saúde individual, coletiva e a participação social, buscando reduzir as desigualdades, vulnerabilidades e riscos à saúde através da atuação sobre os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. (MINAS GERAIS: 2016, p. 6).

O trecho citado acima, demonstra que, em tese, a POEPS-MG, segue os pressupostos da Política Nacional de Saúde em termos de princípios básicos, estratégias e objetivos. A exemplo disso, em diferentes pontos do documento é reiterada a importância da Educação em Saúde como estratégia de promoção da saúde, para além da medicalização e tratamento de enfermidades e doenças. Em termos de repasse financeiro, o montante global previsto para pelo governo estadual aos municípios, em regime de cofinanciamento das ações em saúde, era de R\$ 20.086.837,23. Para receber os repasses, os municípios teriam de assinar o Termo de Compromisso no Sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas, com data final marcada para 30 de abril de 2016 (MINAS GERAIS, 2016). O importante a destacar aqui é que o recebimento dos valores estaria sempre condicionado ao envio de dados que serviriam de base para os indicadores da

promoção da saúde no estado de Minas Gerais, ou seja, os municípios receberiam valores proporcionais ao percentual de ações cumpridas e devidamente registradas. O repasse deve ocorrer diretamente do Fundo Estadual de Saúde (FES) aos Fundos Municipais de Saúde (FMS), em contas específicas para esta finalidade, sendo, a princípio, fundo para manutenção e custeio. Especificamente sobre o PSE o documento determinava que, para aderir ao programa, cada município deveria instituir o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal do PSE (GTI-M), elaborar seu respectivo cronograma de trabalho e planejamento das ações, além de registrar cada reunião do GTI-M em ata, com a posterior inserção nos sistemas de informação. As ações, metas e atingimento das mesmas seriam então acompanhadas quadrimensalmente, sendo o resultado desse acompanhamento quadrimensal a base para definição do percentual de recursos que cada município receberia do poder estadual.

Em outubro de 2017 a Prefeitura Municipal de Uberlândia publicou o decreto nº 17.321, referente à implementação do PSE no município para os anos seguintes. O documento acompanhava, na ocasião, determinações da Portaria Interministerial nº 1.055 de 25 de abril de 2017, do governo federal, e a Resolução SES/MG Nº 5.250, de 19 de abril de 2016, comentada anteriormente. O instrumento em questão dedica-se, sobretudo, à criação do GTI-M do Programa Saúde na Escola que, tendo em vista o princípio da articulação entre as áreas de saúde e educação, contaria com 02 titulares e 01 suplente, representantes da Secretaria Municipal de Saúde – SMS; 01 titular e 01 suplente, representando a Secretaria Municipal de Educação – SME; e 01 representante titular e outro suplente, representando a 40^a Superintendência Regional de Ensino. Dentre as funções do GTI-M estariam: apoiar a implantação dos princípios e diretrizes do PSE na utilização e direcionamento de recursos; fomentar a inclusão de temas relacionados ao PSE aos projetos políticos pedagógicos das escolas; definir as escolas estaduais a serem atendidas, considerando indicadores socioeconômicos e vulnerabilidades; viabilizar a integração das ações das Equipes de Atenção Básica e das equipes das escolas; fornecer as informações necessárias à assinatura dos Termos de Compromisso, tanto por secretário de Saúde quanto pelo de Educação – como, por exemplo, informações sobre percentual de atingimento de metas e concretização de ações; participar do planejamento de ações em formação continuada; propor ações de cooperação entre Estados e Municípios; garantir que materiais do PSE, enviados

pelo governo federal, sejam devidamente distribuídos e utilizados etc.
(UBERLÂNDIA, 2017)

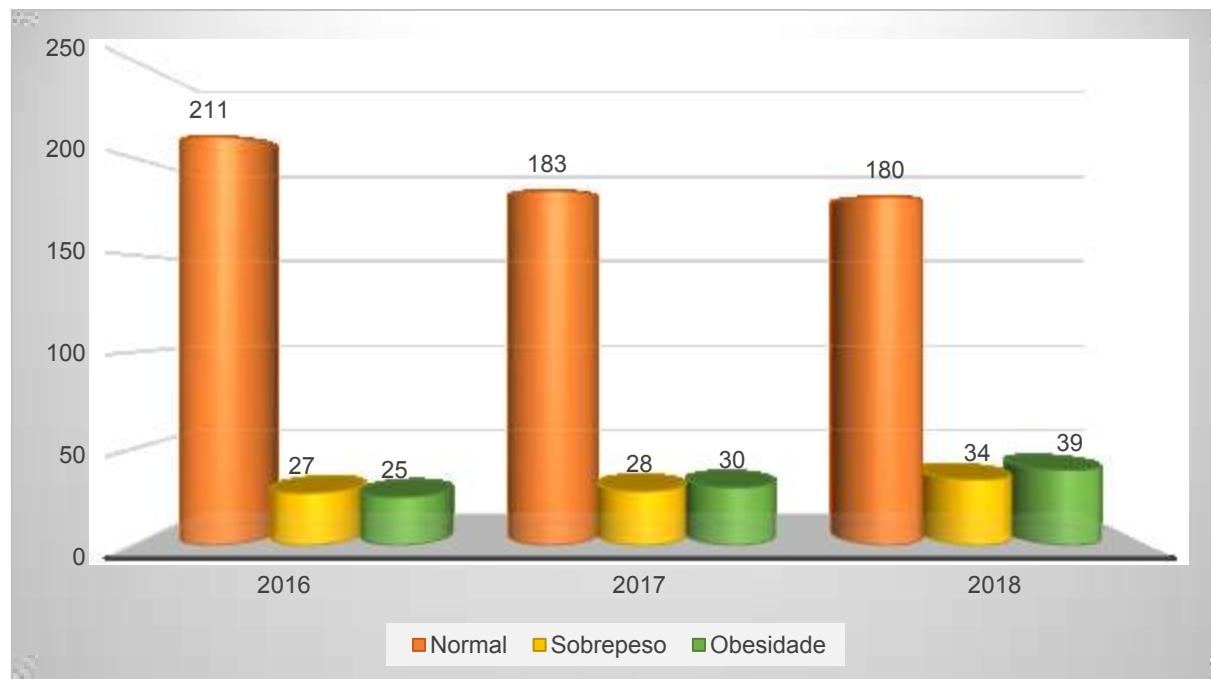
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira tarefa a que se propôs o presente estudo foi analisar dados secundários produzidos pelo PSE com dados antropométricos dos adolescentes de 6º ao 9º ano da Escola Municipal Olranda Neves Strack, nos anos 2016, 2017 e 2018. As referidas turmas funcionam no período matutino da escola em questão e vem sendo acompanhada pela equipe do PSE, cujos dados coletados foram aqui analisados.

Em 2016, no turno matutino da Escola Municipal Professora Orlinda Neves Strack, haviam 11 turmas de 6º ao 9º, num total de 308 estudantes matriculados. No ano em questão, participaram das atividades de pesagem e medição, 263 dos estudantes matriculados nos referidos turmas e turno. Foram identificados 25 casos de obesidade e 27 casos de sobrepeso. Os casos de obesidade representaram, portanto, 9,5% dos estudantes que participaram das atividades do PSE, enquanto o sobrepeso foi identificado em 10,2% dos estudantes participantes.

No ano de 2017, eram 12 turmas, com 300 alunos matriculados. Participaram do monitoramento do PSE, 241 estudantes. Dentre os participantes foram identificados 30 casos de obesidade e 28 de sobrepeso, representando 12,4% e 11,6% do total de participantes, respectivamente.

No ano de 2018, as medições e coleta de dados foram feitas em 11 turmas, cujo total de matrículas era de 300 estudantes, tendo 253 deles participado das ações. Foram identificados 34 casos de sobrepeso e 39 casos de obesidade. Dessa forma, 13,4% dos estudantes pesados e medidos se encontravam em situação de sobrepeso, e 15,4% se encontravam obesos. Foram os maiores percentuais tanto de sobrepeso quanto de obesidade se comparado a 2017 e 2016. Ainda que o número de estudantes participantes do PSE tenha sido maior que nos anos anteriores, proporcionalmente, nota-se um aumento tanto nos casos de sobrepeso quanto de obesidade, como pode ser observado no Figura 12



Fonte: Da autora

Figura 12 – Número de alunos classificados entre normal, sobrepeso e obesidade entre os avaliados nos anos de 2016, 2017, e 2018. Uberlândia, 2019

Na fase da pesquisa voltada para realização de entrevistas, conforme questões semiestruturadas conforme Anexo A, houve tentativa de realização de entrevista com todos as mães, pais e outros responsáveis dos estudantes identificados com alteração no peso, fosse obesidade ou sobrepeso em 2018. Ou seja, 73 mães ou pais, foram procurados para entrevista, mas a realização efetiva das entrevistas foi possível apenas com 38 dos mesmos, uma vez que os demais não foram encontrados. A tabela 8, apresenta aspectos da evolução do perfil antropométrico dos estudantes identificados com sobrepeso ou obesidade em 2018, cujas mães, pais e outros responsáveis participaram das entrevistas. Foram incluídos dados dos anos anteriores – ainda que não houvesse dados disponíveis de 2016 e 2017 para todos os estudantes - para uma melhor apreciação de cada caso acompanhado. Na tabela abaixo são apresentados os adolescentes cujos pais responderam a entrevista. Os número ausentes são, portanto, daqueles adolescentes cujos pais não participaram da entrevista

Tabela 8 – Classificação do Estado Nutricional dos adolescentes cujos pais foram entrevistados. Uberlândia, 2019

Código do aluno	Etnia	2016			2017			2018			Ano letivo	Condição
		Peso	Altura	IMC	Peso	Altura	IMC	Peso	Altura	IMC		
4	Branco	-	-	-	93,5	1,69	33,40	99,9	1,69	35,05	6º	Obesidade
5	Negro	-	-	-	-	-	-	55,4	1,58	22,25	6º	Sobrepeso
6	Branco	-	-	-	-	-	-	61,6	1,55	25,63	6º	Obesidade
8	Branco	-	-	-	-	-	-	50,5	1,55	21,04	6º	Sobrepeso
9	Branco	-	-	-	-	-	-	45,2	1,49	20,36	6º	Sobrepeso
12	Branco	-	-	-	62,2	1,55	25,91	67,9	1,59	26,94	6º	Obesidade
14	Branco	-	-	-	-	-	-	76,7	1,62	29,27	6º	Obesidade
17	Branco	-	-	-	-	-	-	42,2	1,41	21,31	6º	Sobrepeso
23	Branco	-	-	-	42,3	1,44	20,40	47,0	1,47	21,75	7º	Sobrepeso
24	Branco	-	-	-	57,7	1,52	24,97	62,8	1,52	27,18	7º	Obesidade
25	Branco	-	-	-				60,7	1,49	27,34	7º	Obesidade
26	Branco	-	-	-	44,6	1,45	21,21	51,9	1,50	23,07	7º	Sobrepeso
28	Branco	-	-	-	86,7	1,65	31,85	97,7	1,66	35,46	7º	Obesidade
29	Branco	-	-	-	62,3	1,58	24,96	64,7	1,59	25,59	7º	Obesidade
30	Branco	-	-	-	68,9	1,54	29,05	77,6	1,56	31,89	7º	Obesidade
32	Branco	-	-	-				66,3	1,51	29,08	7º	Obesidade
35	Branco	-	-	-	66,4	1,54	28,00	77,7	1,62	29,61	7º	Obesidade
36	Branco	-	-	-	57,3	1,46	26,88	59,1	1,47	27,35	7º	Obesidade
37	Branco	-	-	-	55,2	1,55	22,98	63,2	1,59	25,00	7º	Obesidade
38	Negro	69,1	1,48	31,55	-	-	-	87,7	1,55	36,50	7º	Obesidade
39	Branco	-	-	-	-	-	-	61,6	1,54	25,97	8º	Sobrepeso
40	Branco	59,3	1,65	21,78	64,8	1,70	22,42	66,6	1,70	23,04	8º	Sobrepeso
42	Branco	-	-	-	62,5	1,75	20,41	72,8	1,77	23,24	8º	Sobrepeso
43	Branco	56,1	1,58	22,47	61,6	1,64	22,90	63,0	1,66	22,86	8º	Sobrepeso
44	Branco	54,1	1,51	23,73	69,3	1,59	27,41	77,6	1,60	30,31	8º	Obesidade
45	Branco	36,7	1,42	18,20	56,5	1,53	24,14	55,6	1,57	22,56	8º	Sobrepeso
46	Branco	47,9	1,52	20,73	52,6	1,66	19,09	63,0	1,69	22,06	8º	Sobrepeso
47	Branco	57,0	1,61	21,99	-	-	-	73,2	1,64	27,22	8º	Obesidade
48	Branco	76,4	1,54	32,21	86,0	1,80	26,54	81,6	1,81	24,91	8º	Obesidade
50	Negro	42,4	1,33	23,97	43,9	1,40	22,40	50,5	1,44	24,35	8º	Sobrepeso
52	Branco	-	-	-	-	-	-	63,1	1,60	24,65	8º	Sobrepeso
54	Branco	66,0	1,70	22,84	75,1	1,80	23,18	73,6	1,79	22,97	9º	Sobrepeso
56	Branco	67,8	1,65	24,90	71,3	1,70	24,67	74,5	1,71	25,48	9º	Sobrepeso
57	Branco	-	-	-	54,2	1,52	23,46	61,2	1,53	26,14	9º	Sobrepeso
60	Branco	66,1	1,62	25,19	70,7	1,72	23,90	75,5	1,73	25,23	9º	Sobrepeso
61	Branco	63,7	1,54	26,86	68,3	1,57	27,71	70,5	1,58	28,24	9º	Obesidade
62	Branco	81,8	1,70	28,30	84,8	1,75	27,69	85,6	1,73	28,60	9º	Obesidade
65	Pardo	-	-	-	-	-	-	58,7	1,51	25,74	9º	Obesidade

Legenda: Os campos preenchidos com (-) referem-se a dados indisponíveis, seja por ausência do estudante na data de pesagem

Fonte: Da Autora

Dentre os estudantes identificados com sobrepeso ou obesidade em 2018, cujas mães e pais aceitaram participar das entrevistas, conforme exposto na Tabela 8, nenhum apresentou redução do peso. Não foi possível avaliar a série histórica de todos porque, no caso dos estudantes de 6º ano, provenientes do 5º ano, a pesquisadora, enquanto agente do PSE, não foi responsável pelas suas pesagens em 2017 e 2016, não tendo acesso aos dados. Há também as situações de estudantes que mudaram de turno, e ou escola, e por fim, aqueles ausentes na atividade de pesagem. Até mesmo as estudantes 30 e 36, as únicas cujas mães afirmaram ter marcado consulta com nutricionista conforme previsto nas ações do PSE, não apresentaram redução de peso. Mas nesse caso, o peso das estudantes, isoladamente, não seria um indicador preciso dos resultados da linha do cuidado na medida em que receberam encaminhamento e prosseguiram com atendimento após a pesagem feita em 2018.

Dessa amostragem de 38 estudantes identificados com alteração metabólica em 2018, cujas mães, e um pai, participaram das entrevistas, 89,5% seriam de etnia branca, 7,9% de etnia negra, e 2,6% pardos. De acordo com o ano escolar tínhamos 21,0% matriculados no 6º ano em 2018, 31,6% no 7º ano; 29,0% dos estudantes no 8º ano, e 18,4% estudavam no 9º ano. Ainda na amostragem dos 38 estudantes, havia 21 casos de obesidade (55,3%) e 17 casos de sobrepeso (44,7%) do total, de acordo com a pesagem, medição e diagnóstico do FastMedic.

Os pais, mães e outros responsáveis, quando foram questionados, na primeira pergunta do questionário, se haviam recebido o encaminhamento para a UBSF, entregue ao estudante pelo agente do PSE, 27 (71,1%) dos entrevistados confirmaram o recebimento e 11 (28,9%) deles afirmaram não terem recebido o mesmo, representando, respectivamente, 71,05% e 28,95%. Nos 11 casos em que os (as) entrevistados (as) alegaram não terem recebido o encaminhamento, os mesmos afirmaram, contudo, que os respectivos filhos haviam relatado o resultado de peso alterado. A alegação de não recebimento é de difícil verificação quanto à sua veracidade, e depende de muitas variáveis. Nesses casos, em que o adulto alega não ter recebido, o estudante teria de fato entregue o encaminhamento? É possível que, pelo menos em parte dos casos, o estudante não tenha entregue aos pais. Alegar não ter recebido pode ser também uma estratégia para não explicitar o fato de que a mãe, pai ou responsável, recebeu o encaminhamento, mas não prosseguiu com o agendamento de consulta na unidade de saúde.

Quando questionados se nos anos anteriores, de 2016 e 2017, receberam o encaminhamento do PSE, para acompanhamento do peso alterado dos filhos e filhas, apenas 2 dos entrevistados responderam afirmativamente. Os demais 36 entrevistados alegaram não se recordar ou não ter recebido. A quantidade restrita de entrevistados que afirmaram ter recebido o encaminhamento em 2016 ou 2017 parece apontar uma contradição, já que, como será demonstrado a seguir, grande parte dos estudantes identificados com sobrepeso em 2018, também havia sido identificada com alteração metabólica nos anos anteriores.

A partir da compilação das respostas às questões 1 e 2 foram chegar-se aos dados expostos na Tabela 9:

Tabela 9 – Respostas às questões sobre recebimento do encaminhamento do profissional do PSE em frequência e porcentagem. Uberlândia, 2019.

Questões	Sim		Não		Total
	N	%	N	%	
1 – Recebeu o encaminhamento para a unidade de saúde em 2018?	27	71,05	11	28,95	38
2 – Recebeu o encaminhamento para a unidade de saúde nos anos de 2016 e 2017?	02	5,25	36	94,75	38

Fonte: Da autora

Na questão 3 da entrevista, conforme Anexo A, os entrevistados foram questionados sobre como reagiram à notícia de que os respectivos filhos e filhas foram identificados com alteração metabólica. Do total de 38 entrevistados, 07 (18,4%) alegaram que foram surpreendidos pela notícia; os demais (n=31; 81,6%) afirmaram não terem se surpreendido. As diferentes reações à notícia de peso alterado dos filhos foram justificadas de diversas formas, dentre os que afirmaram não terem se surpreendido, houve alegação de já estarem buscando acompanhamento especializado, e alegações dos pais de que já haviam percebido, visualmente, indícios de alteração metabólica dos filhos. Dentre aqueles que afirmaram terem sido surpreendidos, houve situação em que o(a) entrevistado(a) discordava do diagnóstico, pois para seus parâmetros, o filho(a) apresentava estar dentro da normalidade das medidas metabólicas.

Do total de entrevistadas, 4 alegam que a notícia do sobrepeso e/ou obesidade não era surpresa em função dos hábitos dos filhos(as), que elas próprias consideravam inadequados. É o caso da mãe do aluno 9.

Ele estava, sem dúvida... porque, não vou falar que era só final de semana, mas não era todos os dias, mas tinha dias no meio da semana que tinha refrigerante. Eu já cortei, refrigerante é somente no domingo, e às vezes, não é sempre também. De vez em quando sai um pouco né, ainda mais agora nas férias, e eu não estou trabalhando. Assim, estou trabalhando fazendo faxina... eu saio pra fazer faxina, o que eu deixo pra eles comer: ah, é um pão, um danone, mas eu estou controlando, até mesmo por uma questão financeira. Se eu deixar lá eles comem tudo de uma vez. (Mãe do aluno 9)

A entrevistada, Mãe do Aluno 9, portanto associa o aumento de peso do filho ao consumo de alimentos industrializados e ricos em açúcar, algo recorrentemente mencionado, na bibliografia consultada, como fator decisivo para os índices alarmantes de obesidade. Conforme observado em IBGE (2010), IBGE (2011), OMS (2002), OMS (2004), OMS (2016) e OPAS (2017), nos países e regiões com índices mais alarmantes de obesidade, também se observa o crescimento na venda e consumo de alimentos industrializados, processados, ricos em açúcar e gorduras, em detrimento do consumo de alimentos de preparo mais tradicional, tais como refeição básica de arroz, feijão, carne e verduras.

Das mães entrevistadas, 3 afirmaram que o cardápio da merenda escolar contribuiria para o peso alterado dos respectivos filhos e filhas, a exemplo do que afirma a mãe do aluno 25, que acredita que, a contar com a refeição servida no recreio, o filho estaria consumindo refeições com arroz, feijão e similares, 3 vezes ao dia. A mãe do aluno 25, também menciona a dificuldade em inibir o consumo dessas refeições pelo filho:

Eu acho que deveria ser visado na escola, em todas as escolas né, eles tentarem ter um conceito de que refeições na escola deveria ser café da manhã, uma bolacha, um pão, um biscoito, alguma coisa assim né. Porque, a criança que nem ele é... geralmente, a gente que é adulto sabe falar não, não devo comer, não devo fazer isso, não devo, mas a criança não, se estiver com fome come mesmo. (Mãe do aluno 25)

Os entrevistados também foram questionados se na família havia outros indivíduos com peso alterado, conforme questão 7, conforme a Tabela 10. Observou-se que 42,1% têm pelo menos uma pessoa da família com peso alterado; 31,6% têm, além do adolescente, mais duas pessoas com peso alterado e 5,3% das residências têm no mínimo três pessoas com peso alterado.

Tabela 10 – Respostas à questão 7 por frequência e porcentagem. Uberlândia, 2019.

Respostas à questão 7	Quantidade De entrevistados (as) por resposta	%
Sem outros indivíduos com peso alterado	08	21,0
Apenas Pai do (a) estudante com peso alterado	03	7,9
Apenas Mãe do (a) estudante com peso alterado	10	26,4
Apenas irmãos do (a) estudante com peso alterado	03	7,8
Pai e mãe do (a) estudante com peso alterado	06	15,9
Pai e irmão do (a) estudante com peso alterado	01	2,6
Mãe e irmãos do (a) estudante com peso alterado	05	13,1
Pai, mãe e irmãos do (a) estudante com peso alterado	02	5,3

Fonte: Da autora.

Minayo (2015) recomenda que, após a pré-análise dos resultados de entrevistas semiestruturadas, deve-se efetuar a exploração do material, sendo elemento chave desta metodologia a identificação de categorias temáticas. No que se refere ao presente estudo, uma primeira categoria identificável é a **Percepção da Condição do Peso Alterado dos Filhos e Filhas**, predominando a afirmação de que mães, pais e outros responsáveis reconheciam a condição dos filhos e filhas e que não era surpresa a notificação dessa condição metabólica por meio do encaminhamento gerado nas atividades do PSE. Para os entrevistados(as) cujas falas foram aqui reproduzidas, também se adotou numeração, a fim de preservar as respectivas identidades.

Houve casos em que a reação à notícia não foi de estranhamento pois os(as) entrevistados (as) já teriam notado a recorrência de hábitos pouco saudáveis por parte dos filhos(as), seja no tocante à alimentação, seja em relação ao sedentarismo. Houve também entrevistados que afirmavam não ser surpresa diante da existência de outros casos de alteração metabólica no núcleo familiar do aluno. É o que pode ser notado na fala da mãe do aluno 37:

Eu já percebi, porque eu sou, eu assim, sou gordinha também. Sei o tanto que é difícil. Eu engravidiei na minha, nas minhas duas gravidez, dele e do meu outro menino, e não consegui perder o peso mais. [...] Eu falo muito pra ele, porque ele tem uma fome que eu não sei de onde vem essa fome. Toda hora ele está com fome, aí eu percebi que ele estava engordando muito. (Mãe o aluno 37)

Na fala da mãe do aluno 40, houve uma postura de discordância em relação ao resultado do perfil antropométrico alterado da filha, com base em suposto diagnóstico obtido em consulta médica de nutricionista de plano privado de saúde:

Eu levei ela... consulta de ginecologista, tal, e aí a gente fez um tanto de exame, inclusive de peso de..., e ela estava dentro do padrão, ela não estava com sobre peso. [...] A gente teve uma consulta, porque eu tenho plano de saúde, isso foi feito, acho que depois então que você pesou ela, porque, aí ela perdeu 5 kg, que foi o recomendado pela médica dela, ela começou numa rotina de exercícios, ela perdeu esses 5 kg. (Mãe da aluna 40)

A mãe do aluno 40, além de contestar a condição de sobre peso da filha, afirma que não agendou consulta em unidade de saúde, sob a alegação de que consultas com clínicos já são demoradas e que atendimento com nutricionista levaria mais tempo. A responsável em questão afirma que não agendou consulta no sistema público e não agendará.

A entrevistada mãe do aluno 37 se mostrou um caso à parte por demonstrar-se preocupada com a condição do filho, mas expressa impotência diante da realidade do filho uma vez que, segundo relato dela, um médico com o qual o estudante se consultou, dispensou o acompanhamento com nutricionista:

E daí foi onde que eu levei, ele me falou, que vocês tinham ido na escola e tudo, inclusive eu já estava vendo que ele estava pesadinho. Aí foi quando eu levei, e o médico falou assim: "Antes de eu te dar o encaminhamento, eu vou pedir os exames". Aí pediu os exames dele; não deu praticamente nada. [...] porque pra você conseguir o encaminhamento para nutricionista tem que passar por esse médico lá. [...] Ele pesou, mediu meu filho tudo, fez os exames, os exames do [...] deu perfeito, ele não tem alteração de nada, de nada. Aí ele falou pra mim assim ó: "Não há necessidade de passar pela nutricionista, só tenta ver se ele..." Ele não faz exercício nenhum, porque o meu filho não gosta de futebol, não gosta de nada, então ele só fica dentro de casa, estudando, dentro de casa, aí a alimentação você tenta, é complicado de conseguir, eu achava que se ele tivesse passado no nutricionista, o nutricionista falava pra ele [...] (Mãe do aluno 37)

A fala supracitada da mãe do aluno 37, é emblemática uma vez que, em primeiro lugar, ela alega que, na unidade de saúde, não conseguiu agendamento direto com nutricionista, que precisou primeiramente marcar consulta para o filho com Clínico Geral, para que este, a depender de exames, faria o encaminhamento para nutricionista. A responsável pelo aluno também afirma que, com o acompanhamento do profissional seria mais fácil vencer a resistência do filho no que diz respeito a mudar hábitos alimentares e introduzir atividades físicas nas práticas

cotidianas do adolescente. É identificável nessa fala a negligência da entrevistada em relação à alimentação do adolescente, já que o controle na compra e fornecimento de alimentos é de responsabilidade dos pais e mães. Um dos primeiros fatores que geralmente leva o adolescente a consumir o alimento industrializado, rico em açúcares e gorduras, é o fácil acesso, até mesmo em ambiente doméstico.

A mãe da aluna 62, alega que a filha passou por consulta e exames, mas não teria sido como parte da linha do cuidado com o adolescente identificado com sobrepeso pelo PSE:

[...] levei ela para tirar sangue, fez todos os exames lá e ela passou pela enfermeira, falou que os exames dela está tudo ok. Disse que era pra gente diminuir com ela um pouco de massa, coisas, por causa do... triglicérides, mas está tudo normal, só que das últimas vezes, que fez esses exames, ela disse assim, aumentou um pouco, mas nada anormal, entende. Apenas pra ela diminuir um pouco (Mãe da aluna 62).

O depoimento da mãe da aluna 62 demonstra um desconhecimento das especificidades das ações de perfil antropométrico do PSE, bem como da linha do cuidado inserida no programa. Desta forma, parece não atribuir importância à necessidade de prosseguir com agendamento de consulta já que, numa outra consulta, que não faz parte da linha do cuidado, e cuja data não é revelada pela mãe, estaria “tudo bem”.

As posições das mães analisadas até aqui demonstram que a concepção ampla de promoção da saúde - recorrente na bibliografia consultada, nas leis, portarias e resoluções analisados – está distante da compreensão que os pais dos alunos têm sobre saúde e doença. Para grande parte deles, a questão nutricional apenas se torna preocupante a partir do momento em que já exista alteração em exames, sobretudo hemograma, ou alteração facilmente visível. A postura dos pais dialoga com o que já havia sido destacado por Santos (2016) na medida em que boa parte dos pressupostos de promoção da saúde têm tido alcance prático restrito. As falas das mães, pais e responsáveis, de alunos da escola Municipal Professora Orlanda Neves entrevistados, supõe que não têm se concretizado princípios de educação para a saúde, na medida em que o conceito de promoção é pouco difundido. Da mesma forma, não se percebe o protagonismo da comunidade nas ações da linha do cuidado do adolescente com sobrepeso e/ou obesidade

identificados pelo PSE, já que houve entrevistados que sequer sabiam que os respectivos filhos passaram pela atividade de perfil nutricional.

Para a mãe do aluno 23, a condição do filho não seria surpresa em função de tratamento médico a que ele se submete com uso de corticoides:

Deixa eu só te... explicar um problema, o porquê desse aumento de peso, dessa forma. Na verdade, o [...] na mesma hora que ele aumenta o peso, ele diminui, você sabe por que? Ele faz uso de corticoide ele tem problemas renais, e quando eles aumenta, que precisa aumentar a dose do corticoide, ele incha, ele fica muito assim... diferente do que ele estava com a dose baixa. Então, assim, é uma coisa difícil de controlar por causa disso. Os médicos mesmo dizem que não é uma gordura, que o corticoide faz ele ficar inchadinho. [Ele está em tratamento para os rins?] Isso, ele tem síndrome nefrótica. Não é surpresa, pelo acompanhamento com endocrinologista.

A questão de tratamento endocrinológico baseado em corticoides, como fator de alteração de peso, também foi levantada pela mãe do aluno 25. Nesse caso, é perceptível que a adoção de um prontuário unificado, on-line, acessível para o agente do PSE facilitaria a identificação de casos em que o estudante já faz algum tipo de tratamento que interfere na sua condição antropométrica. Isso poderia inclusive pautar ações específicas para adolescentes que tratam, por exemplo, diabetes, hipo ou hipertireoidismo, dentro da atuação do PSE.

Outra categoria temática identificada a partir do discurso das mães é a **Identificação de Hábitos Prejudiciais à Saúde** pelas mães, e outros responsáveis, em relação aos próprios filhos. A fala da entrevistada mãe da aluna 32, é exemplo dessa compreensão das mães e outros responsáveis de que os filhos mantêm hábitos que contribuem para o sobrepeso e/ou obesidade:

Mãe da aluna 32: eu já sabia. Sabe por quê? Fica o dia inteiro no celular, só come dorme. Engorda mesmo. Não sai do celular. Não faz nada, não gosta de Educação Física, não faz exercícios, não faz uma caminhada... isso daí eu já sabia há muito tempo. [E na família, entre vocês, pai, mãe, filha e irmão, é só ela que tem problema com peso?] Não! A família tudo gorda, até eu.

Nas alegações da mãe da aluna 32, é perceptível uma postura de não se colocar como sujeito participante da condição e hábitos da filha. O acesso ao celular, e à internet, apontado como incentivo ao sedentarismo da adolescente, também é de responsabilidade dos pais, que fornecem o aparelho e as condições para navegação na internet e jogos. A adolescente é vista como culpada de um

comportamento que, na prática, resulta de fatores variados, tais como a pressão social representada pela ampla utilização de celulares por adolescentes na mesma faixa etária; e poderíamos nos questionar também qual a relação dos familiares com os aparelhos, o que não deixa de ser influência para a adolescente.

Atrelada à categoria Identificação de Hábitos Prejudiciais à Saúde, é perceptível a presença de outra categoria temática: a da **Dificuldade em romper a resistência do adolescente**. O atrito com os filhos quando se trata de falar sobre, ou aconselhar sobre ganho de peso, aparece na fala da mãe da aluna 32, que relata dificuldade em convencer os filhos a adotarem hábitos alimentares saudáveis e de controlar o tipo de alimento consumido, bem como a frequência desse consumo:

Olha moça, na verdade nem eu sei, porque é difícil, pessoa na idade dela. Eu tenho uma filha de 20 anos, sempre foi obesa, e ela vai chegar aí, a nutricionista vai dizer pra ela o que pode ou não pode comer? Acho que lá em casa vai ser diferente. Porque não tem como eu controlar a boca dela. Eu não sei, a menos que fizesse exercício, alguma coisa né, porque é complicado. Lá em casa se você falar assim. “Não come isso, vai estragar seu corpo, está ficando gorda”, nosso Deus, fala até que estou negando comida, que vai passar fome. Então come o que quiser, porque eu também não vou ficar esquentando a cabeça não. (Mãe da aluna 32).

A expressão proferida pela mãe da aluna 32, “não vou ficar esquentando a cabeça não” é flagrante da negligência materna frente a uma responsabilidade básica quanto ao bem-estar e saúde dos filhos. Parece desconsiderar que, a falta de atenção quanto ao problema alimentar atual, pode levar a comorbidades futuras preocupantes e de tratamento mais complexo que a reeducação alimentar. A mãe do aluno 37, relatou dificuldades semelhantes em relação à conscientização do filho quanto a hábitos alimentares saudáveis:

Aí eu vou falar pra ele, aí ele fala assim “Ah, olha aí quem está falando”. Eu falo: - Filho, eu tenho quarenta e seis anos, você tem treze anos de idade. Quando eu tinha sua idade eu não era gorda não, eu era magra. Eu estou te falando pra você não chegar no ponto que eu cheguei. Aí, é muito complicado menino nessa idade. Porque fala que tem fome, mas em casa não falta fruta, mas ele não gosta de nada, gosta só do que não pode. (Mãe do aluno 37)

No depoimento supracitado, da mãe do aluno 37, ela se exime de qualquer responsabilidade quanto ao “gosto” alimentar do filho, afirma que ele só gosta de comer o que “não pode”, desconsidera a preferência alimentar como algo

influenciável pelos responsáveis e conviventes do núcleo familiar. Da mesma forma, não assume qualquer responsabilidade sobre o acesso do filho aos alimentos que contribuiriam para o ganho de peso.

Outra temática levantada foi relacionada **Demandas em relação às unidades de Saúde**. Foi quase generalizada a queixa quanto à demora na disponibilidade de vagas para agendamento de consulta para nutricionista, bem como a afirmação de que a aplicação de dieta com acompanhamento seria a forma mais efetiva para auxiliar aos pais na melhora do quadro nutricional dos filhos. Em algumas falas, destaca-se a afirmação de que faltam iniciativas e espaços para práticas de atividades físicas voltadas para os estudantes com sobrepeso ou obesidade:

Eu já fui numa consulta com ela, a única orientação que a gente recebe é que tem alterar os hábitos alimentares dela, o que a gente já tenta fazer, eles falam que tem que praticar exercício, isso a gente também já tenta fazer, só isso que passa. [...] a gente precisaria de um acompanhamento é na parte prática mesmo, porque vai lá fala, a gente não consegue fazer uma atividade física que realmente vai fazer diferença, uma simples caminhada, no peso que ela já está, talvez não vai resolver. Se a gente tivesse como... ela participar de uma atividade física tipo uma natação, que hoje eu não tenho condições de pagar, mas na época eu tinha condições. (Pai da aluna 44).

O trecho acima, da entrevista com pai da aluna 44, há a identificação de que questões sócio econômicas comprometem o acompanhamento e melhoria na condição nutricional dos adolescentes, já que não haveria, para a família, condições de pagar por atividade física regular. É interessante lembrar que 5 das mães que apontaram a demora e falta de disponibilidade de horários na marcação com nutricionista na verdade não chegaram a levar o encaminhamento para a Unidade de Saúde. Provavelmente, elas tiram essa conclusão, de que o serviço é demorado e com pouca disponibilidade, a partir das experiências pessoais de tentativa de marcar outros tipos de procedimento e consulta.

Uma última observação diz respeito ao fato de que, para boa parte dos responsáveis, o peso alterado só merece atenção de fato quando resulta em alteração em resultados de exames clínicos:

Agora, atualmente, ele está com 1,82... não é uma surpresa, de jeito nenhum, os exames dele estão todos em dia, a gente cuida muito bem dessa parte não tem nada, nada de preocupação em relação a isso. Eu não

recebi esse encaminhamento não, mas eu sempre levo ele no médico, não tem nada de alterado, tem três meses que ele fez exame de sangue, está tudo ótimo. (Mãe do aluno 42)

Essa postura, de não demonstrar preocupação com a questão nutricional na ausência de exames clínicos, sobretudo hemograma, com resultado alterado, aponta para o fato de que a população, de um modo geral, ainda tem muito arraigada uma concepção de Promoção de Saúde baseada na medicalização e tratamento de enfermidade, com pouca conscientização sobre a prevenção em si.

O relato mais positivo quanto às ações do PSE quanto aos estudantes identificados com sobre peso ou obesidade vem de Mãe da aluna 36:

Realmente né, já era para ter tomado alguma providência, quanto ao acompanhamento né, então assim, chegou através dela, chegou até mim. (...) Eu já estava preocupada, já procurando uma forma porque, às vezes a gente tenta em casa, assim ajudar, na dieta, mas é meio complicado.

Foi bom, foi rápido, né, marcaram, eu levei ela, a nutricionista e a Professora de Educação física que atendeu a gente, elas até passaram algumas atividades físicas, caminhada né, passou uma dieta né. (Mãe da aluna 36)

No depoimento da mãe da aluna 36 percebemos satisfação com a forma como foram providenciadas consulta e prescrição de dieta, e revela uma atenção interdisciplinar no cuidado com a adolescente, já que foram integradas ações de profissionais da nutrição e da Educação Física.

A avaliação negativa de serviços de saúde públicos, ligados ao SUS, sobretudo associados à demora, estão provavelmente ligados a uma desvalorização destes serviços recorrente no senso comum, mas que deve ser analisada com cuidado quando se trabalha com dados concretos. Mendes (2015) afirmar categoricamente que o Programa Saúde da Família, por exemplo, não fracassou, embora enfrente problemas na promoção efetiva da saúde primária tais como:

visão ideológica de um mix de atenção primária seletiva e de primeiro nível de atenção; a baixa valorização política, econômica e social; o incipiente grau de institucionalização; a fragilidade institucional nos âmbitos do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; a carência de uma infraestrutura adequada; a baixa densidade tecnológica utilizada; a fragilidade dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; a carência de equipes multiprofissionais operando de forma interdisciplinar; a fragilidade dos sistemas de informações clínicas, especialmente de prontuários clínicos familiares eletrônicos; a fragilidade gerencial expressa na gestão com base na oferta, no modelo esgotado de regulação assistencial, na ausência de gestão da clínica e na baixa profissionalização dos gestores; a pouca presença de controle social exercitado por Conselhos

Locais de Saúde; os problemas educacionais da graduação e da pós-graduação dos profissionais de saúde; o problema da precarização das relações de trabalho; a ausência de modelos de atenção à saúde construídos com base em evidências; e o subfinanciamento. (MENDES, 2015, p. 41)

Mendes (2015) também destaca que, apesar das dificuldades e limitações do SUS, no caso da Atenção Primária principalmente, as ações e programas implementados no Brasil têm reconhecimento internacional, como no caso de publicações do *British Medical Journal*. Além disso, o autor defende que a melhoria dos serviços públicos de saúde depende de uma reestruturação muito mais ampla do que a simples oferta de mais médicos e vagas para consultas. Seriam necessárias ações com maior atenção para as demandas da população de cada região, identificadas por meio de evidências, um maior enfoque na interdisciplinaridade, superar a subutilização de serviços preventivos – em diferentes estudos citados pelo autor foi identificada a baixa utilização dos serviços de nutricionista, por exemplo – otimizar o financiamento da Saúde (MENDES 2015). A conclusão do autor de que há uma procura muito maior por tratamento de quadros já crônicos do que a procura por procedimentos preventivos confirma-se na postura dos pais de alunos da Escola Municipal Professora Orlanda Neves Strack, cujos filhos foram identificados com sobrepeso ou obesidade, que não providenciam o agendamento de consulta com nutricionista.

A entrevista realizada com profissional da unidade de saúde revelou que, em 2018, foram recebidos 8 encaminhamentos oriundos da E.M. Professora Orlanda Neves Strack, em resposta à pergunta 1. Para os 8 encaminhamentos recebidos, teria sido agendada consulta com profissional da área de nutrição. Dos 8 adolescentes que passaram por consulta, e deste total, segundo a profissional da unidade de saúde, 5 permanecem em acompanhamento na mesma unidade.

Na questão 5 foi questionado que serviços estão à disposição do adolescente identificado com perfil alterado, que seriam “atendimento nutricional individual, atendimento psicológico e auriculoterapia, e atendimento médico. E se necessário, tem o acompanhamento social, e da enfermagem”. A resposta obtida permite afirmar que há uma oferta satisfatória de serviços e cuidados ao adolescente identificado com sobrepeso e obesidade, ainda que pese o fator da disponibilidade de horário, seja dos pais e responsáveis, seja dos profissionais da Unidade de Saúde. Contudo, retomando as discussões de Mendes (2015), a procura é pouco expressiva, o que

estaria relacionado a uma subutilização dos serviços, ainda que a demanda empiricamente levantada, ou seja, a quantidade de estudantes com sobrepeso e obesidade, seja alarmante.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho se propôs a analisar a linha do cuidado aos adolescentes identificados com sobrepeso ou obesidade de uma escola municipal de Uberlândia-MG com a identificação do perfil nutricional. Uma primeira observação que o número de casos de sobrepeso e obesidade subiram na comparação entre os anos de 2016 a 2018. Em termos de variação percentual, os resultados podem ser mutáveis, uma vez que a quantidade de estudantes avaliados a cada ano varia em função de vários fatores: transferência de escola; conclusão da fase do Ensino Fundamental II, que se encerra no 9º ano; ausência do estudante no dia da atividade de perfil nutricional; e recusa do estudante em participar da pesagem e medição. Em função destas limitações, ficou claro desde o início da pesquisa que apenas acompanhar as variações na quantidade de casos era insuficiente para avaliar a linha do cuidado, embora esse aumento no número de estudantes identificados com alteração, já fosse um importante indicativo.

A linha do cuidado com o adolescente identificado com sobrepeso ou obesidade pode ser potencializada com melhorias no aparato tecnológico disponível, como a criação de prontuário eletrônico, que permitisse ao agente do PSE acessar dados do aluno, mesmo que ele viesse de outra escola, turno ou rede de ensino. Isso tornaria mais precisos os dados da série histórica de cada estudante, inclusive em casos em que o estudante já deu prosseguimento com as ações de marcação de consulta com nutricionista, eliminando a necessidade de entrega de novo encaminhamento para a unidade de saúde. Outra sugestão seria profissional de educação física fazer acompanhamento duas vezes ao ano (no início e no final do ano), pois assim todos os alunos receberiam a informação sobre o ganho de peso de altura e, assim, teria um conhecimento do seu desenvolvimento nutricional e fisiológico.

A fase das entrevistas foi bastante promissora no sentido de revelar aspectos subjetivos que interferem na linha do cuidado com o adolescente identificado com sobrepeso ou obesidade. O número de famílias que levaram até a unidade de saúde o encaminhamento fornecido pela agente do PSE é preocupantemente pequeno. E nesse ponto abre-se um leque de justificativas, umas mais comprováveis que as outras, do porquê de as famílias não terem levado o encaminhamento e de não terem agendado consulta com nutricionista da unidade de saúde. Houve a alegação

recorrente de pais que não receberam o encaminhamento, o que direciona para a seguinte questão: entregar o documento ao estudante para que ele mesmo entregue aos pais tem sido a melhor estratégia? Provavelmente não.

Talvez o contato telefônico com todos os pais cujos respectivos filhos apresentassem alteração no perfil nutricional fosse mais eficiente por dois motivos: evitaria o risco de esquecimento pelo próprio estudante; e, pelo contato direto do agente de saúde, talvez os responsáveis se sentissem mais cobrados no sentido de prosseguir com o agendamento de consulta na unidade de saúde. Há ainda a hipótese de que pelo menos parte dos responsáveis que alegaram não terem recebido o encaminhamento, na verdade o tenham recebido, mas diante do fato de que não tomaram as providências subsequentes, prefiram, na entrevista, afirmar não terem recebido o material. É importante considerar, ainda, a possibilidade dos encaminhamentos serem entregues aos coordenadores das escolas de cada turma respectivas e que estes entrariam em contato direto com os pais.

Na busca pela compreensão dos motivos que levaram pais de alunos identificados com sobrepeso ou obesidade a não providenciar a marcação de atendimento com profissional da unidade de saúde, também há uma multiplicidade de fatores. O primeiro é a alegação de que o filho não demandaria, de fato, do atendimento com nutricionista. Nesse caso, houve desde mães que afirmarem que o filho já era atendido e acompanhado por profissional de saúde de alguma outra unidade, pública ou privada. Outro é a discordância do resultado apontado pelos cálculos de perfil nutricional. A negação por parte dos pais de que o estudante não apresentava qualquer problema de saúde, pode estar ligada também a outros fatores, desde a resistência em assumir responsabilidade sobre o estado nutricional do adolescente, até o desconhecimento dos fatores de risco associados à obesidade e comorbidades associáveis a ela.

Supõe-se então, que as noções de Promoção de Saúde recorrentes em documentos oficiais e na bibliografia consultada têm pouco alcance ou difusão entre a população entrevistada. Este é um indício que as ações propriamente educativas do PSE precisam alcançar a comunidade, atingindo um número mais significativo de mães, pais e mães, para que se tornem mais bem informados sobre a importância de cuidado com questões tais como a prevenção da obesidade.

O parâmetro muitas das vezes é o quanto a “gordura” está esteticamente visível e, ainda, que haja a percepção do ganho de peso do filho. Se em exames

laboratoriais não é encontrada alguma alteração, não haveria, do ponto de vista de muitos pais, motivo para acompanhamento nutricional. O equívoco dos pais com relação a necessidade do filho ser acompanhado pelo nutricionista ocorre em função da falta de informação. A educação em saúde, deveria atingir a comunidade escolar, e não apenas os alunos, envolvendo assim os pais. Essa ação, contudo, é difícil devido à ausência dos pais nas escolas. Há hoje, uma falta de compromisso dos pais com relação à educação e a saúde dos seus filhos muitos.

Algumas falas expressaram uma falta de confiança em relação aos serviços que poderiam ser prestados caso o adolescente identificado com alteração nutricional, com destaque à demora no agendamento. Outras justificativas são referentes à falta de tempo dos pais para se dirigirem à unidade de saúde. Estas afirmações estão perpassadas pela opinião do senso comum, que não deixa de basear-se em alguns dados objetivos, mas que no geral expressa-se em queixas quanto ao SUS em geral, mesmo que o indivíduo que se queixa raramente tenha procurado atendimento ambulatorial, ou especificamente, o agendamento com nutricionista. Objetivamente, há o fato de que a nutricionista da unidade de saúde atende apenas duas vezes por semana e em horário comercial, o que dificulta o acesso para famílias. Por outro lado, em algumas entrevistas as mães relataram não ter tido dificuldade no agendamento, o que gera dúvidas quanto aos pais que reclamaram da demora no atendimento. Há então a possibilidade de que talvez não existem falhas sistema, mas sim pouco empenho dos pais, reforçando a ideia do senso comum.

Diante de um número crescente de adolescentes identificados com sobrepeso ou obesidade, há um número restrito de profissionais da área da nutrição nas unidades de saúde. Contudo, este fator isoladamente não pode ser adotado como explicação e justificativa para a conduta dos pais que não prosseguem com o agendamento e acompanhamento nutricional, pois não é em todos os lares que pais e mães trabalham, há alguma variabilidade nos horários de trabalho. Sobre a afirmação da demora, parece estar associada a experiências insatisfatórias que os adultos porventura tenham tido e ao senso comum, pautado na desvalorização do SUS.

Muitos pais se queixaram da dificuldade em lidar com o comportamento dos filhos adolescentes que se recusam a mudar hábitos alimentares e/ou de sedentarismo. Nesse aspecto, percebe-se que as ações do PSE precisam avançar

na compreensão das particularidades da faixa etária dos estudantes submetidos às ações de verificação do perfil nutricional; dos fatores psicológicos ligados à autoimagem e percepção da própria condição nutricional; das implicações da baixa autoestima associada a ganho de peso que podem impactar na disposição do adolescente em buscar melhorias nesse aspecto; das particularidades dos adolescentes nascidos na “era digital”. No último tópico, é preciso compreender que os estudantes de 6º ao 9º ano têm contato constante com redes sociais, que sem o devido monitoramento e atenção, podem reforçar estigmas sobre ganho de peso e padrões de beleza, impactando negativamente na autoestima do indivíduo. Nesse sentido, as ações do PSE, sejam aquelas voltadas para os adolescentes em si, seja aquelas mais voltadas para as mães, pais e outros responsáveis, precisam incorporar aspectos psicológicos e subjetivos da relação dos adolescentes com o próprio corpo, da autoimagem, e relação com a alimentação.

A dificuldade dos pais em lidar com comportamento dos(as) filhos(as) adolescentes não é novidade. Portanto, o programa de educação em saúde realmente precisa avançar em seus objetivos para isso seria necessário em nosso país uma escola de período integral, pois restaria tempo para participar de programas ao qual os adolescentes teriam acesso a informações para sua própria saúde não apenas relacionada ao perfil nutricional, pois a questão do sobrepeso e obesidade ela vai muito além disso. Pode-se trabalhar com um aluno de forma mais ampla, trabalhando também a questão da autoestima, das doenças específicas, da alimentação saudável, da atividade física uma aula de educação física. Sendo assim, na visão desta autora, para um bom funcionamento do PSE precisaria de uma escola com turno integral.

A afirmação, por parte de alguns pais, de que apenas o acompanhamento nutricional, acompanhado ou não de recomendação de dieta, não seria o suficiente para garantir o cuidado com a questão do peso alterado, é sintomática de outras limitações da linha do cuidado com os adolescentes com sobrepeso e obesidade. Mas nesse caso, não se trata apenas de limitações no PSE, mas sim da ausência de políticas públicas mais abrangentes, intersetoriais, que possibilitessem, por exemplo, um maior acesso a atividades físicas e prática de esportes. A presença de quadras poliesportivas e espaços próprios para tais atividades ainda não é uma realidade de muitas das comunidades e bairros. Mesmo nos casos em que há o espaço físico propício à realização das atividades, faltam projetos e ações direcionadas para tal,

com profissionais qualificados para realização de atividades periódicas, que representem ganho efetivo da população no sentido da promoção da saúde. Não deve ser ignorado o fato de a maioria das famílias não dispõe de recursos financeiros suficientes para pagar por atividades ofertadas pela iniciativa privada.

Neste caso, a presente autora concorda com os pais que apenas o acompanhamento nutricional com recomendações de dieta não seria o suficiente para garantir o cuidado do adolescente com peso alterado. Precisa também ser inseridas na vida dos adolescentes práticas esportivas e hábitos alimentares saudáveis. Uma das possibilidades seria existir parcerias com os equipamentos sociais como igrejas e instituições filantrópicas que pudessem oferecer práticas corporais nas praças e outras atividades gratuitas em alguns poliesportivos e parques do município.

Durante a trajetória da pesquisa, a autora da presente dissertação teve a oportunidade de apresentar para a nutricionista do NASF e pós-Graduada em Gestão Pública da Saúde pela UFU os dados quantitativos da pesquisa. A nutricionista e mostrou a mesma preocupação quanto ao número reduzido de estudantes que de fato procuram a Unidade de Saúde. Diante disso, ela apresentou como sugestão, um projeto que prevê ações de conscientização e prevenção a serem realizadas na escola, além, é claro, da continuidade da avaliação antropométrica.

A proposta da nutricionista, ainda em processo de construção, destaca-se por envolver um número maior de áreas da saúde e da educação, na medida em que prevê ações conjuntas de agente do PSE, profissionais de Educação Física, psicólogos e nutricionistas, reforçando os princípios de interdisciplinaridade e intersetorialidade. Da mesma forma, a proposta, ao concentrar um número maior de ações no ambiente da própria escola, tem a potencialidade de alcançar um envolvimento mais efetivo de pais, estudantes, servidores das áreas de educação e saúde, na prevenção e acompanhamento dos casos de sobrepeso e obesidade. A proposta avança também no sentido do protagonismo dos agentes envolvidos diretamente com a identificação e acompanhamento dos casos de sobrepeso e obesidade, nesse caso a autora desta dissertação e a nutricionista da unidade, ao invés de ser uma política imposta verticalmente.

REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010.** 3 ed. Itapevi: AC Farmacêutica, 2009.

ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 4, 2002. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572002000400014>

ALENCAR, J. K. A.; et al. Prevalência de obesidade central em adolescentes de escolas públicas do interior piauiense. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 4, n. 2, p. 11-17, 2015. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v4i2.3116>

ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Liber Livros: Brasília, 2008. 68 p.

ANTUNES, N. J. **Obesidade infantil**: vivências familiares relativas ao processo de aconselhamento nutricional. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

BALDESSIN, A. O.; MARQUES, E. L. L. **Obesidade associada ao transtorno de compulsão alimentar periódica**: breve aponte do tratamento da terapia cognitivo-comportamental. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0988.pdf> . Acesso em: 31 jan 2019.

BARBOSA FILHO, V. C. et al. A utilização do critério da Organização Mundial de Saúde para classificação do estado nutricional em crianças. **Motriz: Revista de Educação Física**, v. 16, n. 4, p. 811-819, 2010. <https://doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n4p811>

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial da União, 1990.

_____. Ministério da Educação. **Obesidade e desnutrição**. NUT/FS/UnB-ATAN/DAB/SPS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obesidade_desnutricao.pdf> Acesso em: 31 jan 2019.

_____. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola-PSE, e dá outras providências Brasil. Presidência da República. Diário Oficial da União, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN** na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Cadernos de Atenção Básica nº 24. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Instrutivo PSE** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017**. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília: Ministério da Educação, 2017.

CAIXETA, J. A. S. **Perfil Metabólico e antropométrico de crianças obesas na síndrome da apnéia obstrutiva do sono**. 2013. 53 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2013.

CARGNIN, M. T. **Programa Saúde na Escola: uma estratégia de governo**. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-Graduação em Educação. 191 f.: il.; 30 cm. São Leopoldo, RS:2015.

CARVALHO E. A.; et al. Obesidade: aspectos epidemiológicos e prevenção. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, v. 23, n. 1, p. 74-82, 2013.

CONDE, W. L.; MONTEIRO, C. A. Body mass index cutoff points for evaluation of nutritional status in Brazilian children and adolescents. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.82, n.4, p.266-272, 2006. <https://doi.org/10.2223/JPED.1502>

COURY, C. G. **Organização e dinâmica psíquica na obesidade infantil**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/ USP. 170 p.: II.; 30 cm. Ribeirão Preto: 2016.

DONDONI, D. **Programa Saúde na Escola: a Intersetorialidade Saúde e Educação**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus Cascavel. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação. 123 f. Cascavel: 2016.

FELIX, W. **O programa saúde na escola em escolas municipais de Uberlândia - MG**. 2013. 174 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

FERREIRA, J. S. **Interações entre variáveis antropométricas e valores pressóricos de crianças e adolescentes obesos de Campo Grande-MS**. 2006. 125 f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Mestrado Interinstitucional em Ciências da Saúde, UnB/Unigran, Dourados, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adultos e**

adolescentes no Brasil. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: IBGE, 2010. 130 p.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal do Brasil.** IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: IBGE, 2011. 105 p.

JULIO, H. S. **Promoção da saúde escolar:** uma análise de indicadores de saúde do segundo ciclo da rede municipal de Niterói. 2017. 150 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2017.

LOBSTEIN, T. et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger Picture. **Lancet (London, England)**, v. 385, n. 9986, p. 2510-2520, 2015. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61746-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61746-3)

LOPES, M. N. **Relação da prematuridade com o perfil antropométrico e metabólico de adolescentes em seu contexto de vida.** 2018. 187 f. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2018.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução nº 5.250, de 19 de abril de 2016.** Institui a Política Estadual de Promoção da Saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais e as estratégias para sua implementação. Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2016.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social:** Teoria, Método e Criatividade, Petrópolis: Editora Vozes. 2015.

MORAES, P. M.; DIAS, C. M. S. B. Obesidade Infantil a Partir de um Olhar Histórico Sobre Alimentação. **Interação em Psicologia**, v. 16, n. 2, 2012. <https://doi.org/10.5380/psi.v16i2.21755>

MORAES, P. M. **Obesidade infantil na perspectiva bioecológica do desenvolvimento humano.** Dissertação de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco. Recife: 2015.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. **The Lancet**, n. 390, v. 10113, p. 2627-2642, 2017.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Carta de Ottawa – Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** Ottawa, 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf> Acesso em: 01 fev 2019.

_____. **The World Health Report 2002** - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Genebra, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42510/WHR_2002.pdf;jsessionid=6771A01EAFDC9234B38DB57F7AA4B790?sequence=1> Acesso em: 05 fev 2019.

_____. **57ª World Health Assembly**. Global strategy on diet, physical activity and health. Resolução WHA 57.17, de 22 de maio de 2004. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1181-resolucao-57-17-estrategia-global-para-dieta-atividade-fisica-e-saude-1&category_slug=doencas-nao-transmissiveis-948&Itemid=965> Acesso em: 05 fev 2019.

_____. **Growth reference data for 5-19 years**. 2007. Disponível em: <https://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/> Acesso em: 05 fev 2019.

_____. **Report of the Commission on Ending Childhood Obesity**. Geneva, 2016, 68 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 05 fev 2019.

_____. **Global Nutrition Policy Review 2016 - 2017**: Country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition. Geneva, 2018, 126 p. Disponível em: <<https://www.who.int/nutrition/topics/global-nutrition-policy-review-2016.pdf?ua=1>> Acesso em: 05 fev 2019.

ONIS, M.; et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bulletin of the World Health Organization**, n. 85. p. 660-667. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.043497>

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Panorama da Segurança Alimentar e Nutricional na América Latina e Caribe. Sistemas alimentares sustentáveis para acabar com a fome e a má nutrição**. Santiago, 2017. Disponível em: <http://www.fao.org/3/a-i6977o.pdf> Acesso em: 13 fev 2017.

PAIVA, M. F. N. D. B. **Avaliação antropométrica**: estudo comparativo do crescimento de crianças praticantes e não praticantes de ginástica olímpica. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. 163 fl. Florianópolis: 2001.

PIMENTA, T. A. M. Obesidade: uma breve reflexão social, histórica e cultural do processo de estigmatização. **Fiep Bulletin On-line**, v. 85. 2015. <https://doi.org/10.16887/85.a1.108>

PIMENTA, T. A. M.; ROCHA, R.; MARCONDES, N. A. V. Políticas Públicas de intervenção na obesidade infantil no Brasil: uma breve análise da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e Política Nacional de Promoção da Saúde. **Journal of Health Sciences**, v. 17, n. 2, p. 139-146, 2015.

SALVADOR, E. S. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. **Serviço Social e Sociedade**, n. 130, p.426 - 446.
<https://doi.org/10.1590/0101-6628.117>

SANTOS, F. O. **Estratégias de promoção da saúde a partir da escola e da Unidade Básica de Saúde da Família, em Uberlândia (MG)**. 2016. 292 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim de vigilância em saúde. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**, v. 8, n 8, 2018.

UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Decreto nº 17.321, de 26 de outubro de 2017**. Institui o grupo de trabalho Intersetorial – GTI-M, conforme portaria interministerial nº 1.055 de 25 de abril de 2017 e resolução SES/MG nº 5.250, de 19 de abril de 2016, em cumprimento ao disposto no indicador 03, de seu anexo iii; implementa o Programa Saúde na Escola - PSE, no município de Uberlândia e dá outras providências. Uberlândia: Diário Oficial do Município, 2017

XAVIER, M. O.; et al. Variação temporal no excesso de peso e obesidade em adolescentes de escola privada do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 19, n. 1, p. 74-85, 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 4^a ed. Porto Alegre: Bookman. 2010.

ZUANETTI, P. A. **Consequências da obesidade infantil nas habilidades cognitivas envolvidas na aprendizagem da linguagem escrita**. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/ USP. 101 p. Ribeirão Preto: 2015.

**ANEXO A - QUESTIONÁRIO: ENTREVISTAS COM RESPONSÁVEIS PELOS
ALUNOS IDENTIFICADOS COM SOBREPESO E OBESIDADE**

Questão 1 – Você recebeu o encaminhamento realizado na escola para acompanhamento do peso alterado do (a) seu (sua) filho (a) em 2018?

Questão 2 – E nos anos anteriores, de 2016 e 2017, você também recebeu?

Questão 3 - A notícia do peso alterado de seu filho foi uma surpresa para você?

Questão 4 – Você já levou o encaminhamento até a unidade de saúde?

Questão 5 – Em caso afirmativo (se a mãe, pai ou outro responsável levou o encaminhamento), como foi o agendamento da consulta do seu(sua) filho (a) ? Em caso negativo (se a mãe, pai ou outro responsável não levou o encaminhamento), pretende levar?

Questão 6 - Quais ações da unidade de saúde poderiam facilitar o cuidado do seu (sua) filho (a) em relação ao peso alterado?

Questão 7 - Na sua casa, alguma outra pessoa também tem o peso alterado? Se sim quem?

**ANEXO B – QUESTIONÁRIO – ENTREVISTA REALIZADA COM O
PROFISSIONAL DA UNIDADE DE SAÚDE**

Questão 1 – Em 2018, quantos encaminhamentos da E. M. Professora Orlanda Neves Strack você recebeu.

Questão 2 – Quantos atendimentos foram agendados?

Questão 3 – Quantos estudantes foram atendidos?

Questão 4 – Quantos ainda estão em acompanhamento pela unidade de saúde?

Questão 5 – O que a unidade de saúde oferece ao adolescente com perfil nutricional alterado?

ANEXO C – DECRETO 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007

**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007.

Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola - PSE, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Art. 2º São objetivos do PSE:

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Art. 3º O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica.

§ 1º São diretrizes para a implementação do PSE:

I - descentralização e respeito à autonomia federativa;

II - integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;

III - territorialidade;

IV - interdisciplinaridade e intersetorialidade;

V - integralidade;

VI - cuidado ao longo do tempo;

VII - controle social; e

VIII - monitoramento e avaliação permanentes.

§ 2º O PSE será implementado mediante adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios aos objetivos e diretrizes do programa, formalizada por meio de termo de compromisso.

§ 3º O planejamento das ações do PSE deverá considerar:

I - o contexto escolar e social;

II - o diagnóstico local em saúde do escolar; e

III - a capacidade operativa em saúde do escolar.

Art. 4º As ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e foram desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes ações, entre outras:

I - avaliação clínica;

II - avaliação nutricional;

III - promoção da alimentação saudável;

IV - avaliação oftalmológica;

V - avaliação da saúde e higiene bucal;

VI - avaliação auditiva;

VII - avaliação psicossocial;

VIII - atualização e controle do calendário vacinal;

IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;

X - prevenção e redução do consumo do álcool;

XI - prevenção do uso de drogas;

XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;

XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;

XIV - educação permanente em saúde;

XV - atividade física e saúde;

XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e

XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Parágrafo único. As equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas.

Art. 5º Para a execução do PSE, compete aos Ministérios da Saúde e Educação, em conjunto:

I - promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS;

II - subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos Municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica;

III - subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;

IV - apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE;

V - estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação os indicadores de avaliação do PSE; e

VI - definir as prioridades e metas de atendimento do PSE.

§ 1º Caberá ao Ministério da Educação fornecer material para implementação das ações do PSE, em quantidade previamente fixada com o Ministério da Saúde, observadas as disponibilidades orçamentárias.

§ 2º Os Secretários Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde definirão conjuntamente as escolas a serem atendidas no âmbito do PSE, observadas as prioridades e metas de atendimento do Programa.

Art. 6º O monitoramento e avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação.

Art. 7º Correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas à sua cobertura, consignadas distintamente aos Ministérios da Saúde e da Educação, as despesas de cada qual para a execução dos respectivos encargos no PSE.

Art. 8º Os Ministérios da Saúde e da Educação coordenarão a pontuação com Estados, Distrito Federal e Municípios das ações a que se refere o art. 4º, que deverá ocorrer no prazo de até noventa dias.

Art. 9º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 5 de dezembro de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Fernando Haddad

Jose Gomes Temporão

Este texto não substitui o publicado no DOU de 6.12.2007

ANEXO D – PROJETO APRESENTADO PELA NUTRICIONISTA SILÉSIA LIMA

PROJETO SAÚDE NA ESCOLA

Uberlândia, 08 de Abril de 2019

PROJETO NASF MINAS GERAIS COM CENTRO EDUCACIONAL MARIA TAVARES

A obesidade infantil e o sobrepeso representam alguns dos principais problemas de saúde pública no mundo devido ao aumento incidência e à predisposição para o desenvolvimento de várias doenças crônicas não transmissíveis (LACERDA et al, 2019).

O índice de hipertensão arterial diabetes e dislipidemia em crianças e adolescente vem aumentando significativamente entre crianças e adolescentes e com a adoção de hábitos saudáveis como alimentação equilibrada e atividade física podemos evitar que tais patologias

Diante do aumento dos casos de sobrepeso e obesidade infantil no município de Uberlândia, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) juntamente com o Programa Educação em Saúde irá desenvolver um projeto na Escola Municipal Professora Orlanda Neves Strack.

A referida escola fica situada no bairro Minas Gerais do município de Uberlândia e possui alunos matriculados, do 6º ao 9º ano, nos períodos matutino e vespertino. O projeto será aplicado com os estudantes do turno matutino, totalizando 358 alunos. Segundo dados da técnica em serviços públicos da referida escola, nos anos de 2016 o número de alunos com sobrepeso era de 10,2% e obesos 9,5%; em 2017 11,6% sobre peso e 12,4% com obesidade e em 2018 esse número foi 13,4% sobre peso e 15,4% obesidade.

Os alunos que foram identificados com sobre peso e obesidade foram encaminhados para fazer acompanhamento nutricional na Unidade Básica de Saúde da Família do bairro Minas Gerais, porém dos 78 encaminhamentos, apenas 8 alunos procuraram a unidade para fazer o acompanhamento. Diante de tais números a equipe NASF juntamente com a responsável pelo programa Educação em Saúde, será desenvolvido ações na escola visando uma maior adesão dos alunos e da família, com o objetivo de prevenir e diminuir os casos de sobre peso e obesidade da comunidade escolar.

Segue cronograma de atividades a serem desenvolvidas

Data	Horário	Atividade a ser	Profissionais
------	---------	-----------------	---------------

		desenvolvida	responsáveis
23/05/19 30/05/19 27/06/19	No período da manhã (horário a definir)	Avaliação Antropométrica	Nutricionista, Profissional de Educação Física, Assistente Social e Agente de Saúde na Escola
22/08/19	No período da manhã (horário a definir)	Roda de conversa com alunos sobre os resultados da avaliação antropométrica e hábitos alimentares saudáveis	Nutricionista e Profissional de Educação Física e Assistente Social
19/09/19	No período da manhã (horário a definir)	Atividade Física	Educadora Física
24/10/19	No período da manhã (horário a definir)	Alimentos industrializados (quantidade de açúcar, sal e gordura)	Nutricionista e Profissional de Educação Física
21/11/19	No período da manhã (horário a definir)	A definir	Psicóloga
28/11/19	No período da manhã (horário a definir)	Avaliação antropométrica	Nutricionista e Profissional de Educação Física
05/12/09	No período da manhã (horário a definir)	Encerramento	Nutricionista, Profissional de Educação Física, Assistente social, Psicóloga

CAMARGOS, Ana Cristina Resende. Prevalência de sobrepeso e de obesidade no primeiro ano de vida nas Estratégias Saúde da Família. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, pp. 32-38 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-462X2019005001101&lng=en&nrm=iso&tlang=pt. Acessado em 08/04/2019.

