

HÁBITOS ALIMENTARES E PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM ESCOLARES: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Eating habits and physical activity in school children: report of a health education experience

Nara Rabello¹, Maria Inez Padula Anderson²

RESUMO

Devido às crescentes evidências de que as alterações fisiopatológicas das doenças cardiovasculares e metabólicas estão se iniciando de forma cada vez mais precoce, ainda na infância e na adolescência, ressalta-se a importância do desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como da atuação da atenção primária neste processo, o que torna a escola um cenário estratégico para estas práticas. Este trabalho trata do relato de uma experiência de educação em saúde no âmbito escolar, implementada a partir de informações sobre identificação, hábitos e estilo de vida, relacionadas à alimentação e à prática de atividades físicas pelos alunos de uma turma da 5ª série, de uma escola pública do município do Rio de Janeiro. Foi realizado um estudo descritivo, de corte longitudinal, com abordagem quantitativa, efetivado em duas etapas distintas. A primeira, ocorrida em 2007, constou de levantamento inicial de dados e de realização da atividade de educação em saúde; e a segunda, em 2008, buscou avaliar os possíveis impactos das atividades desenvolvidas. Os dados da primeira e da segunda etapa foram obtidos através de questionários semiestruturados. As ações educativas foram desenvolvidas em quatro momentos e tiveram, como foco prioritário de abordagem, a alimentação saudável versus não saudável e suas consequências para a saúde das pessoas. As atividades foram desenvolvidas com base em técnicas de dinâmica de grupo, visando não só valorizar a participação do grupo como também identificar qual era o conhecimento dos estudantes sobre o tema, estimular seu interesse por ele, conhecer suas perspectivas e as possibilidades de adoção, pelos alunos, das competências trabalhadas. A maioria dos escolares avaliou positivamente a atividade. A segunda fase de coleta de dados, ocorrida cerca de 10 meses após a primeira, no mesmo grupo de alunos, revelou que todos

ABSTRACT

Because of the growing evidence of earlier onset (adolescence and even childhood) of the pathophysiological alterations due to cardiovascular and metabolic diseases, the strategic role of the school in the development of promotive, preventive and primary care strategies cannot be overemphasized. This is a report of the experience with health education of 5th grade school students of a municipal school in Rio de Janeiro, based on information about habits and lifestyles related to eating and the practice of physical exercises. The study, undertaken in two distinct phases, was descriptive, longitudinal and quantitative. The first phase, which occurred in 2007, consisted of initial data collection and the development of health education activities. The second phase, which occurred in 2008, assessed the impact of the implemented activities. Semi-structured questionnaires were used for data collection in both phases. The education activities were developed in 4 moments, and prioritized the issue of health eating X unhealthy eating, with its consequences for the individual's health. The activities developed, based on the technique of group dynamics, aimed not only to value group participation, but also identify the students' knowledge of the issue, arouse interest, and know the students' perspectives and possibilities of adoption of the competences discussed. Most students found the activities positive. The second stage of data collection, which occurred 10 months after the first one, among the same group of students, showed that all participants remembered the activities positively. We concluded that although many students reported a positive change to their habits, this process requires continuous

¹ Nara Rabello, Médica Residente do 2º ano de Medicina Familiar e Comunitária - FCM/UERJ. E-mail: nararabello@hotmail.com

² Maria Inez Padula Anderson, Médica de Família e Comunidade, Professora do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária - FCM/UERJ.

os participantes recordavam positivamente das atividades. Concluímos que, embora muitos alunos tenham relatado mudanças positivas nos seus hábitos de vida, esse processo requer um investimento contínuo na educação em saúde, extensivo aos familiares e profissionais de educação, para que seus resultados sejam mais efetivos e duradouros.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Escolar; Educação em Saúde; Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Prevenção de Doenças; Hábitos Alimentares; Atividade Motora; Doenças Cardiovasculares/prevenção & controle; Doenças Metabólicas/prevenção & controle.

INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento da ciência, o conhecimento humano foi ampliado e, com ele, o conceito de saúde, que vem redirecionando seu foco de interesse da etiopatogenia biológica das doenças para a diversidade e a complexidade do processo saúde-doença e sua relação com condições e hábitos de vida. Ao mesmo tempo, o aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e a consequente elevação de gastos com o seu tratamento fortaleceram a importância desta visão holística e evidenciaram a urgência na reversão deste quadro, mostrando a necessidade de novas formas de abordagem e de intervenção.

Na atualidade, sabe-se que o processo de desenvolvimento da doença cardiovascular tem seu início na infância e que fatores como obesidade, dislipidemia, sedentarismo e tabagismo estão associados à formação de lesões ateroscleróticas. Sugere-se que a intervenção precoce sobre estes fatores de risco postergaria, inclusive, a formação da lesão arterial e, consequentemente, as manifestações clínicas da doença cardiovascular.^{1,2}

No Brasil, a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geostatística (IBGE), em 2002/2003, revelou que, neste período, cerca de 18% da população masculina e 15,4% da feminina, ambas de 10 a 19 anos de idade, estavam acima do peso. O grupo pesquisado também tinha uma alimentação caracterizada por deficiência em nutrientes necessários e uso de alimentos gordurosos e frituras.³

Devido à crescente demanda por uma nova concepção de saúde pública no mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) promoveu, em 1986, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá. Neste evento, foi reforçada a necessidade de um

investment in health education, reaching out to encompass families and education professionals, so that more effective and long-lasting results may be obtained.

KEY WORD: School Health; Health Education; Child Health (Public Health); Adolescent Health; Disease Prevention; Food Habits; Motor Activity; Cardiovascular Diseases/prevention & control; Metabolic Diseases/prevention & control.

maior investimento na promoção da saúde e destacada a importância da atuação dos profissionais que a realizam, como o médico de família, por exemplo.⁴

Se os fatores propiciadores de doenças cardiovasculares e metabólicas se instalam na infância e adolescência, desenvolver ações de saúde voltadas para estes grupos é fundamental na prevenção dessas doenças na vida adulta. Essa preocupação culminou no desenvolvimento desta pesquisa voltada à saúde escolar. Para tanto, procurou-se conhecer os hábitos alimentares e estilo de vida dos alunos de uma escola pública da cidade do Rio de Janeiro, visando à promoção de ações educativas voltadas para as necessidades de saúde dos alunos desta escola.⁵

MÉTODO

Estudo descritivo, de corte longitudinal, de abordagem quantitativa, tendo como cenário uma escola pública municipal da cidade do Rio de Janeiro e, como sujeitos, os 38 alunos de uma das três turmas de 5ª série desta escola que participaram de uma ação de educação em saúde. A seleção desta turma foi intencional por ter, em seu cronograma de aulas, um horário de seu período letivo disponível, que poderia ser utilizado sem interferência na programação curricular. Também, por ser uma série iniciante cujos alunos, em sua maioria, são os mais jovens da escola, o que favoreceria a continuação da implementação de atividades educativas periódicas, bem como o acompanhamento do aprendizado destes alunos.^{6,7}

Após autorização do Comitê de Ética do Hospital Universitário e da direção do colégio, os alunos e seus responsáveis foram informados sobre o estudo. Mediante solicitação, os responsáveis autorizaram, por escrito, a participação dos alunos, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 196/96.

Os dados foram coletados através de questionários semiestruturados e, após sua análise e interpretação, foram organizados tendo por base as categorias levantadas. Foi utilizado o cálculo de porcentagens e gráficos para melhor apresentação dos resultados. O estudo foi realizado em três fases.

Primeira Fase:

A coleta de informações necessárias para o conhecimento dos hábitos alimentares e estilo de vida deste grupo de alunos foi realizada em outubro de 2007. Através da elaboração e aplicação de questionário semiestruturado, multidimensional, abordando aspectos relativos à identificação, aos hábitos alimentares e ao estilo de vida dos alunos. Os dados foram armazenados em programa informatizado - Epi Info 3.4.1 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos da América).

Para enriquecer a discussão dos resultados, foi utilizado também o cálculo de índice de massa corpórea (IMC) dos alunos (peso dividido por altura ao quadrado), considerando-se que o excesso de peso foi classificado como sobrepeso (percentil 85 \geq IMC < percentil 95) e a obesidade (IMC \geq percentil 95).

A análise desses dados orientaram a implementação de atividades educativas voltadas para a necessidade do grupo, principalmente, as perguntas de ligação direta ao tema da atividade educacional: hábitos alimentares.

Segunda fase:

Após organização, classificação e análise dos dados levantados na primeira fase de coleta, foi implementada, no ambiente escolar, a atividade de educação em saúde, focada nas necessidades de saúde identificadas, com atividades que proporcionaram uma vivência com os facilitadores em seu ambiente natural. As atividades desenvolvidas através de técnicas de dinâmica de grupo buscaram incentivar a participação e a interação dos participantes, que puderam tirar dúvidas, apresentar suas ideias ou sugestões viáveis de serem colocadas em prática por eles próprios, em seus lares, junto aos seus familiares, tornando-os agentes ativos na promoção de sua própria saúde.⁸

As atividades de educação em saúde foram desenvolvidas em quatro encontros sucessivos, no mesmo horário e dia da semana, com a participação de docentes, residentes de medicina familiar e comunitária e graduandos de medicina que atuaram como facilitadores do processo.

Perguntas do questionário relacionadas a hábitos alimentares e à prática de atividade física.

- 1) **Qual a sua idade?** _____
- 2) **Qual o seu sexo?**
Masculino
Feminino
- 3) **Fora da escola, você pratica alguma atividade física (ginástica, esporte)?**
Não (vá direto para a pergunta 8)
Sim
- 4) **Com que frequência você pratica atividades físicas?**
diariamente
2 a 3 vezes por semana
1 vez por semana
às vezes
- 5) **Qual tipo de atividade você pratica?**
futebol
vôlei
natação
dança
musculação
outros _____
- 6) **Quantas horas você gasta, por dia, praticando exercícios físicos?**
menos de 1 hora
1 hora
mais de 1 hora
- 7) **Você faz algum tipo de preparação antes de realizar exercícios físicos (ex: aquecimento, alongamento)?**
Não
Sim
- 8) **Se você não pratica atividade física, diga o porquê.**
falta de tempo
falta de dinheiro
falta de interesse/preguiça
falta de lugar adequado
por motivo de saúde
- 9) **Como você considera a sua alimentação?**
ruim
regular
boa
muito boa
- 10) **Em relação à comida da casa de outras pessoas ou da rua, você acha que a comida da sua casa é:**
Mais salgada
Menos salgada
Mesma quantidade de sal
Mais salgada
Menos salgada
Mesmo gosto
- 11) **Você costuma adicionar sal na sua comida?**
Não
Sim
- 12) **Quais das refeições abaixo, você costuma fazer todos os dias?**
café da manhã
almoço
lanche
jantar

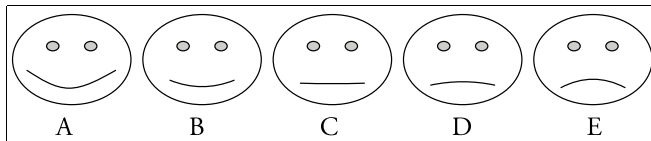
13) Na última semana, você comeu:

	Nenhuma vez	1 a 2 vezes	3 vezes ou mais	Todos os dias
<p>Carnes:</p> <p>1 - Boi 2 - Frango 3 - Peixe 4 - Salsicha 5 - Mortadela 6 - Linguiça 7 - Presunto</p> <p>Leite e derivados:</p> <p>1 - Leite desnatado 2 - Leite integral 3 - Iogurte 4 - Queijo</p> <p>Ovos</p> <p>1 - Batata / Inhame / Aipim 2 - Cenoura / Vagem / Beterraba, abóbora, Abobrinha, Chuchu, Tomate, Quiabo, Berinjela Verduras: - Alface, rúcula, bertalha, alface, couve, outras verduras</p> <p>Frutas</p> <p>Feijão, lentilha, ervilha, soja</p> <p>1 - Arroz 2 - Macarrão 3 - Biscoito doce / recheado 4 - Pão 5 - Biscoito salgado</p> <p>Gorduras:</p> <p>1 - Frituras 2 - Margarina / manteiga 3 - Azeite</p> <p>Doces:</p> <p>1 - Bala 2 - Chocolate 3 - Bolo 4 - Sorvete</p> <p>Líquidos</p> <p>1 - Refrigerantes dietético 2 - Refrigerante comum 3 - Suco de fruta natural 4 - Refresco de pacote 5 - Bebidas alcoólicas 6 - Água 7 - Chá / Mate 8 - Café</p> <p>Outros:</p> <p>1 - Sanduíches do tipo Hamburguer, Xisburger 2 - Batata Frita 3 - Salgados 4 - Pizza 5 - Pastel</p>				

Após o final de cada encontro, foi realizada uma avaliação das atividades pelos próprios alunos. O instrumento utilizado continha uma questão de múltipla escolha, seguida da justificativa para o item assinalado. Era solicitado que o aluno marcasse a opção que melhor expressasse sua satisfação com as atividades realizadas naquele dia. As opções constavam de caricaturas (rostos humanos estilizados) que expressavam diferentes graus de satisfação, sendo: as duas primeiras caricaturas de muito satisfeito e satisfeito (resultado positivo), a terceira, uma caricatura que expressava indiferença e as duas últimas expressavam insatisfeito e muito insatisfeito (resultado negativo).

FIGURA 1 - Instrumento usado para avaliação pelos alunos no final de cada encontro:

Frente:



Verso: Porque você escolheu esta carinha?

Terceira fase

Em agosto de 2008, 10 meses após a realização das duas primeiras fases, foi reaplicado o questionário, contendo os mesmos dados referentes aos hábitos alimentares e estilo de vida e ainda perguntas abertas sobre o que havia mudado em relação aos mesmos após o conhecimento compartilhado sobre este tema no ano anterior. Realizada a análise final dos dados.

Instrumento usado para reavaliação

Nós, médicos e estudantes de medicina da UERJ, fizemos, no ano passado, no mês de outubro, uma atividade prática com vocês. Foi realizado, na escola Madri, à tarde, com a turma X. Esta atividade constituiu de quatro encontros, nos quais conversamos sobre alimentação e atividade física, tirando dúvidas e aprendendo mais sobre vocês.

Hoje, nós gostaríamos que vocês respondessem essas perguntas, pois isso irá nos ajudar no trabalho que fizemos e em novos encontros.

Obrigada pela colaboração.

1) Você se lembra destes encontros?

Sim não

2) Você gostou?

Sim Não Mais ou menos
Por quê?

3) Você aprendeu alguma coisa? O que, por exemplo?

4) Ajudou em mudar alguma coisa na sua alimentação? O que, por exemplo?

5) Ajudou em mudar suas atividades físicas, exercícios ou aumento do gasto de energia? O que, por exemplo?

6) Existe algum assunto sobre saúde que você gostaria de saber mais?

MÉTODOS E RESULTADOS

Primeira fase

O questionário relativo a esta fase foi respondido por todos os 38 alunos desta turma, tendo havido variação em relação ao número de respostas obtidas. Na grande maioria das vezes, houve um índice de resposta maior do que 90%. Em relação às questões mais específicas sobre ingestão alimentar, houve algumas perguntas que tiveram índice de resposta mais baixo, variando de 60% a 100%. Por exemplo, quando foi pedido que marcassem a frequência semanal de ingestão de carne de frango, apenas 26 de 38 alunos responderam à pergunta.

Dos 38 alunos da série selecionada, 50% (N=19/38) eram do sexo masculino e 50% (N=19/38) do sexo feminino, com idade variando entre 11 e 15 anos, sendo a maioria 74% (N=28/38) com 11 anos. A medida do índice de massa corpórea de 87% (N=33/38) desses alunos revelou que 76% (N=25/33) apresentavam um IMC adequado para a idade, 24% (N=8/33) apresentavam excesso de peso: 12% (N=4/33) com sobrepeso e 12% (N=4/33) obesos.

Os dados coletados revelaram que 46% (N=17/37) não praticavam qualquer tipo de atividade física fora do ambiente escolar. Dos 54% (N=20/37) que praticavam, o faziam numa frequência que variava de uma a três vezes por semana, e destes, apenas 40% (N=8/20) responderam gastar mais de 1 hora por dia nessas atividades.

Entre os alunos que responderam não praticar atividade física fora da escola, 41% alegaram não ter tempo, 18% não ter condições financeiras e não ter local adequado para fazê-lo e os 41% restantes alegaram falta de interesse, preguiça ou vergonha do corpo.

Dos alunos desta turma, 37% (N=14/37) passavam três ou mais horas por dia em atividade sedentária: assistindo TV, jogando videogame, ou utilizando o computador. Enquanto 32% (N=12/37) dos alunos passavam de uma a duas horas e os demais menos de uma hora.

Com relação à frequência diária das refeições, cerca de 35% (N=12/34) dos alunos informaram não ingerir o desjejum diariamente e 8% (N=3/36) não almoçar regularmente. Em relação à alimentação ingerida em suas casas, 40% (N=15/38) dos alunos relataram acrescentar sal ao alimento já temperado, e 74% (N=25/34) informaram usar açúcar para adoçar o alimento.

Quanto ao consumo diário de frutas e verduras nas refeições, somente 37% (N=10/27) dos alunos se alimentam com frutas, e 22% (N=5/23) utilizam verduras em suas refeições. Já o consumo diário de legumes nas refeições, foi relatado por 19% (N=5/26) dos alunos.

Em relação ao consumo semanal de proteínas de origem animal, os dados estão apresentados na Figura 2; nota-se um baixo consumo diário de proteína animal, inclusive menos da metade dos alunos se alimenta diariamente de laticínios que são considerados fontes ricas em cálcio (Figura 3). Os alimentos considerados de baixa qualidade nutritiva foram apresentados em dois grupos: 1- alimentos ricos em açúcar refinado e 2- alimentos ricos em gordura, embora muitos desses alimentos sejam compostos tanto de gordura, quanto de açúcar refinado. Muitos alunos se alimentam desse tipo de produto três ou mais vezes por semana (Figuras 4 e 5).

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS HÁBITOS ALIMENTARES DOS ALUNOS:

Figura 2 - Consumo (%) de PROTEÍNA ANIMAL, CONFORME O TIPO e frequência na semana.

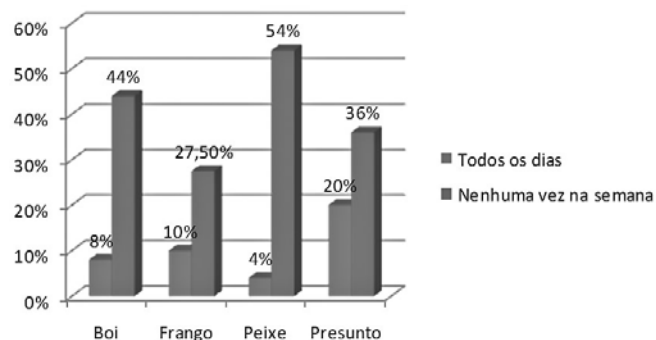


Figura 3 - Frequência diária (%) de consumo de ALIMENTOS LÁCTEOS, CONFORME O TIPO, em uma semana.

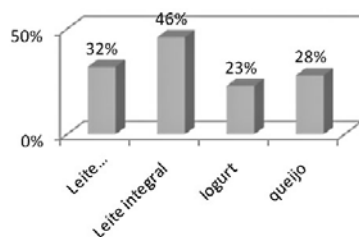


Figura 4 - Percentual de crianças que consomem ALIMENTOS RICOS EM AÇÚCAR REFINADO, CONFORME O TIPO, 3 vezes ou mais por semana.

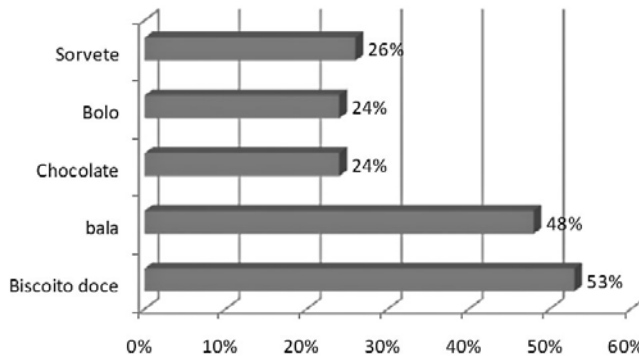
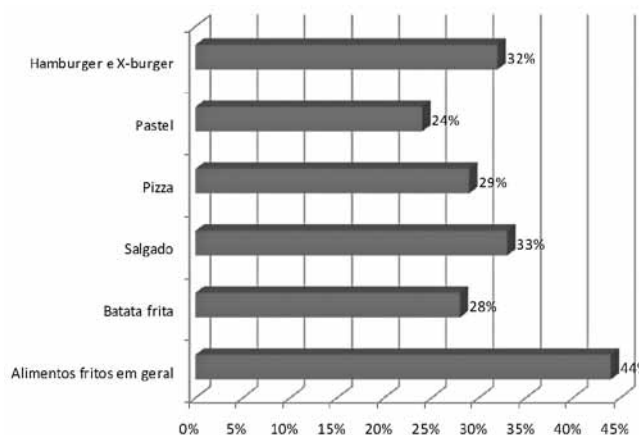


Figura 5 - Percentual de crianças que consomem ALIMENTOS RICOS EM GORDURA, CONFORME O TIPO, 3 vezes ou mais por semana.



Segunda Fase

Os dados sobre alimentação e atividade física dos sujeitos obtidos na primeira etapa desse estudo revelaram a necessidade de aprofundar estas questões. Para tanto, foi elaborado um programa de atividades educativas implementadas em quatro sessões, realizadas na própria escola, a partir do início de novembro, cujo tema principal foi alimentação saudável. A participação da turma foi variada, mas satisfatória, com uma média de 71% de presença em cada encontro.

No primeiro encontro, foi realizada a apresentação de alunos e facilitadores, através da dinâmica “Cosme e Damião”, em que todos os participantes foram divididos em duplas, apresentaram-se um ao outro, seguindo uma entrevista orientada, em que cada um interroga o seu par, e depois um apresenta o outro ao grupo todo. Em seguida, os alunos registraram em papel suas dúvidas e curiosida-

des em relação aos temas alimentação e atividade física, guardando-as na sacola de perguntas, para serem discutidas no próximo encontro.

O segundo encontro foi iniciado com o grupo em círculo, de mãos dadas. Cada um dizia o seu nome e, em seguida, todos pronunciavam “o som do grupo”, que consistiu em falar o próprio nome em voz alta e ao mesmo tempo. Sentados, foi usada a dinâmica da “batata quente”, passando uma batata de mão em mão ao som de uma música e, quando esta parava, o seu portador tentava responder, com a ajuda dos colegas, a uma das perguntas escritas no primeiro encontro, por cada participante, e colocada na sacola de perguntas. Em seguida, as repostas dadas eram complementadas pelos próprios alunos com leitura de breves textos informativos sobre a questão, previamente elaborados pela equipe de facilitadores (que já tinha conhecimento das dúvidas - pois todas haviam sido colocadas no dia anterior na sacola de perguntas).

Após esta atividade, foi lançado um desafio para todos, inclusive aos facilitadores, para que fizessem, durante aquela semana, algo novo, no contexto da alimentação saudável e da atividade física.

O terceiro encontro foi iniciado após os cumprimentos habituais, com a apresentação do resultado do desafio proposto e o relato de como foi a experiência para cada um.

Na próxima atividade, foram selecionados alguns dos alimentos preferidos dos alunos, citados no primeiro encontro, e alguns alimentos naturais. Foi usada a margarina para representar a gordura em geral, o açúcar refinado para os carboidratos simples em geral, o açúcar não refinado ou açúcar mascavo para os carboidratos complexos e, em seguida, realizada a demonstração, em gramas, do conteúdo de gordura e açúcares contidos nos alimentos preferidos pelos alunos, comparando suas quantidades com as contidas nos alimentos naturais.

No último encontro, o grupo foi dividido em subgrupos de no máximo quatro alunos e, no mínimo, um facilitador. Cada um recebeu uma história de adolescentes da sua faixa etária, com padrão sociocultural semelhante, baseada no perfil alimentar e de estilo de vida evidenciados pelos questionários de base. Estas histórias foram elaboradas pela equipe de facilitadores, com base nos problemas alimentares e outros evidenciados a partir do questionário aplicado no início do estudo nos próprios alunos. Em cada história, havia personagens diferentes, que relatavam os hábitos de vida pouco saudáveis. Solicitava-se que cada grupo de alunos identificasse estes maus hábitos e, então, eles eram incentivados a sugerir mudanças destes hábitos, de forma compatível com sua realidade.

No final da atividade, o grupo se reuniu e os achados foram compartilhados e discutidos com todos. A equipe de facilitadores organizou uma confraternização de encerramento, na qual foram servidos alimentos saudáveis, saborosos e de baixo custo, como aqueles sugeridos durante os encontros, objetivando aproximar a teoria da prática e da realidade dos participantes.

As avaliações realizadas ao final de cada encontro buscaram levantar o significado que os encontros tiveram para os alunos. A análise final deste material revelou um envolvimento e participação de forma animada por todos os sujeitos. Houve 90% de avaliação positiva das atividades, 4% dos alunos fizeram uma avaliação que não foi nem positiva e nem negativa, e 6% tiveram uma avaliação negativa dos encontros.

Terceira Fase

A nova coleta de dados revelou que o estudo perdeu contato com 11 alunos (29%), que deixaram a escola, o que trouxe algum prejuízo para a avaliação dos resultados.

Entre os 27 alunos que permaneceram, 16 (59%) eram do sexo masculino e 11 (41%), do sexo feminino, a maioria com idade de 12 e 13 anos (81%). Todos responderam que se lembravam das atividades realizadas e de seu conteúdo. Vinte e dois alunos (82%) citaram vários aspectos apreendidos, relacionados à alimentação, como os efeitos adversos para a saúde decorrente do uso constante de refrigerantes, muito açúcar, gordura, doces, “besteiras”, biscoito recheado, *Ketchup*, batata frita e “coisas fritas”. Também lembravam que fruta, prato colorido, alimentação balanceada, saudável, controlada, fazer o jejum, são “coisas” boas para a saúde, e dois alunos (7%) fizeram referência à atividade física: “fazer esporte, controlar o gasto de energia, faz bem para a saúde”.

Vinte e um alunos (78%) citaram mudanças que fizeram na sua alimentação como a redução nos consumos: de refrigerante (15%); de “porcaria/besteira” (15%) - cachorro quente, hambúrguer, biscoito recheado, por exemplo; de doce/açúcar (7,5%) e de fritura/gordura (7,5%). Sete alunos (26%) passaram a se alimentar de coisas mais saudáveis e dois (7%) aprenderam a comer todos os legumes e verduras e a ingerir mais frutas.

Quanto às atividades físicas, oito alunos (30%) responderam que iniciaram a prática de um esporte, cinco (19%) afirmaram que houve melhora na prática de exercícios e/ou controle do gasto de energia e um (4%) relatou haver emagrecido.

No questionário aplicado, uma das perguntas era: “Você aprendeu alguma coisa? O que, por exemplo?”. Dentre as

respostas, algumas chamaram a atenção, por repetir informações específicas, passadas nas atividades de educação em saúde, realizadas 10 meses antes, mostrando os argumentos que causaram impacto a ponto de se fixar na memória deles, como declarado nos questionários:

“Eu aprendi que certas coisas tipo coca-cola etc... possui muita quantidade de açúcar.”

“Aprendi que o café da manhã é o alimento principal...”

“Manter o prato sempre colorido comer todos os legumes e verduras etc.”

“Que o biscoito traquinas tem muita gordura e faz mal.”

“Comer mastigando bem a comida”

Embora tenham citado tantas mudanças em seus hábitos alimentares, 11 alunos (41%) ainda acrescentavam sal ao alimento temperado, resultado semelhante aos 42% de 2007, considerando que houve uma diminuição dos participantes do estudo.

DISCUSSÃO

Os estudos científicos constituem evidências que embasam as medidas preventivas. A associação positiva entre a prevalência de doença aterosclerótica com o excesso de peso, hábitos alimentares pouco saudáveis e inatividade física vem sendo comprovada em estudos científicos.

O estudo Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth (PDAY), realizado no período de primeiro de junho de 1987 a 31 de agosto de 1994, avaliou a presença de lesões ateroscleróticas em aorta e artéria coronariana direita em 1443 indivíduos do sexo feminino e masculino, da raça branca e negra, entre 15 e 34 anos, revelando, em crianças e jovens, uma associação dos mesmos fatores de risco para doença cardiovascular descritos em adultos.⁹

Diante de evidências como as descritas no estudo PDAY, a Associação Americana de Cardiologia formulou uma diretriz para prevenção primária de doença aterosclerótica na infância, em que recomenda que a formulação de medidas de prevenção de doenças cardiovasculares para crianças e adolescentes seja focada em controle da alimentação, controle do peso corporal, controle dos níveis de lipídios, controle da pressão arterial, redução do sedentarismo, prática diária de atividade física, eliminação do hábito de fumar e/ou da exposição a ambientes de fumantes.¹⁰

A proposta de promoção da saúde, com base nos princípios discutidos em Ottawa 1986, pressupõe a participação ativa das pessoas, público-alvo das ações de saúde, e a utili-

zação dos meios necessários para melhorar qualitativamente sua saúde e ter um maior controle sobre ela. Neste processo, tanto a informação quanto a educação para a saúde têm papel fundamental na aquisição de conhecimentos, para que a pessoa possa fazer escolhas que contribuam para melhorar seus níveis de saúde, reduzindo a vulnerabilidade e os riscos que a condicionam ou determinam.⁴

Em estudo realizado por Nascimento¹¹, com todos os alunos da mesma escola cenário desta pesquisa, foi encontrado um índice de sobrepeso em 27% do total de alunos, próximo dos 24% encontrados na turma de 5ª série, objeto da pesquisa. Estes percentuais se aproximam daqueles encontrados, em 1999, num trabalho sobre Saúde e Nutrição, com alunos da rede municipal de ensino do Rio de Janeiro, onde a prevalência de sobrepeso foi de 18,3% entre meninas e de 15,5% entre meninos.¹²

Outro aspecto relevante, encontrado nesta pesquisa, foi a irregularidade na ingestão do desjejum por 35% dos alunos, uma vez que esta refeição é de grande importância para o aporte de nutrientes e de calorias que serão necessárias ao organismo no decorrer do dia, bem como para o armazenamento de outros elementos vitais. O não realizar esta refeição de forma regular sugere que muitos alunos ou ficam em jejum ou ficam subalimentados, em um período do dia de grande gasto energético e calórico, seja físico ou mental.

Esta questão adquire maior importância na adolescência, período que requer maior demanda de ingestão de substâncias nutritivas, como um aporte maior de proteínas, calorias e algumas vitaminas, pois, nesta fase da vida, ocorrem importantes fenômenos maturativos que afetam o tamanho, a forma e a composição do organismo.

Os resultados desta pesquisa revelaram, também, que o uso diário de leite e seus derivados, ou outras fontes de cálcio como peixes, legumes, e frutas, não foi unânime, permitindo inferir uma ingesta aquém das necessidades diárias para um adolescente, estimadas pelo Manual de Orientações do Departamento de Nutrologia que é de 1300 mg de cálcio, ou seja, três a cinco porções de derivados lácteos.¹³

Os participantes deste trabalho tinham, em sua maioria, 11 anos de idade, fase em que a necessidade diária de ferro fica em torno de 8mg. Considerando que a maior biodisponibilidade do ferro heme se encontra nos alimentos de origem animal, os resultados do estudo sugerem uma ingestão insuficiente desses alimentos, dado que 44% dos alunos não comem carne bovina nenhuma vez na semana, quadro semelhante para o frango (27,5%), peixe (54%) e presunto (36%). Estes alunos estão em risco de anemia

ferropriva, requerendo, como aconselha o departamento de nutrição, sua monitorização.¹³

A maioria dos sujeitos da pesquisa (74%) relatou usar açúcar para adoçar bebidas e alimentos, o que aumenta a ingesta calórica. O uso do sal no alimento já temperado, como revelado por 42% dos sujeitos, produz mais sede, o que pode levar a pessoa a ingerir mais bebida adoçada, provocando um acúmulo de caloria. Em estudo realizado na Inglaterra, verificou-se que a redução na ingesta de sal pode levar a uma redução da obesidade infantil, uma vez que, das bebidas utilizadas para saciar a sede causada pelo uso abusivo do sal, 31% são bebidas açucaradas.¹⁴

As frutas, verduras e legumes são citados, na literatura específica, como fontes ricas em vitaminas, minerais e fibras, elementos essenciais para o bom funcionamento do organismo. Embora alguns alunos tenham declarado acrescentar estas fontes alimentares ao seu cardápio, somente 37% dos alunos ingerem frutas diariamente, 22% ingerem verduras e 19% consomem legumes na dieta, revelando um índice muito baixo de consumo destes nutrientes.

Estudos realizados com estudantes em outros estados do Brasil revelaram altas taxas de sobrepeso, obesidade, uso de guloseimas, frituras/alimentos ricos em colesterol e gordura trans, carboidratos em geral e baixo consumo de fibras, vitaminas e sais minerais.^{15,16} Outro estudo realizado por Fisberg¹⁷ revelou que houve redução na taxa de desnutrição em nove estados brasileiros investigados; porém, apontou para uma realidade também perigosa, ou seja, a escolha de refeições deficientes em sais minerais e vitaminas, e o seu preparo inadequado, provocando o que os autores chamam de “fome oculta”, que pode ser considerada uma subnutrição qualitativa. Esta carência de nutrientes pode afetar a memória, a inteligência e a defesa do organismo às infecções.

Em relação à prática de atividade física, 46% dos alunos informaram não praticar qualquer tipo de atividade fora do ambiente escolar, sendo que 41% destes alegaram falta de interesse, preguiça ou vergonha do corpo como justificativa para não buscar uma forma de se exercitar. Dentre os que informaram praticar, 40% o fazia numa frequência menor do que uma vez por semana.

Além disso, um percentual significativo (37%) de alunos informou passar três horas ou mais, por dia, sentados, assistindo TV, jogando videogame, ou utilizando o computador. Somado ao tempo que passam em sala de aula, os dados sugerem que boa parte dos alunos passa por longos períodos de baixa atividade física durante o dia, o que, entre outras coisas, diminui o gasto energético, favorecendo o

acúmulo de calorias e, conseqüentemente, levando ao excesso de peso.¹⁸ Além destes problemas, alguns trabalhos têm citado a importância da prática de atividade física na redução da agressividade, na melhora da autoestima dos alunos, na sua interação, na ocupação de seu tempo livre e no afastamento das drogas.¹²

CONCLUSÃO

O conhecimento prévio dos hábitos alimentares e estilo de vida dos participantes desse estudo mostrou-se um importante referencial para o início das atividades educativas planejadas pelo DMIF, o que também favoreceu a participação e o envolvimento dos alunos, possivelmente por se tratar de assunto que vem sendo discutido na mídia ultimamente e, ainda, por haver identificação com a sua realidade pessoal e familiar, o que facilitou a aderência do grupo.

A metodologia usada na implementação das ações educativas despertou a curiosidade, estimulou a discussão, a reflexão e a crítica relativa aos itens trabalhados, em todos os participantes. Estes compareceram aos encontros espontaneamente e se tornaram agentes ativos no processo de promoção de ações de saúde propostas pelo estudo.

Apesar de a avaliação de médio prazo ter sido prejudicada pela perda de 29% dos sujeitos do estudo, a motivação manifestada pelos participantes e os relatos de mudança de hábitos foram importantes, ainda que, em alguns itens, tenham se revelado parciais.

Mesmo conhecendo, teoricamente, os efeitos danosos ao organismo causados por certos produtos ou alimentos, a mudança de hábito é difícil e pode ser demorada, pois requer apoio e adaptação ao novo hábito. Este processo implica na participação da família, especialmente no caso dos participantes deste estudo, que são dependentes de seus familiares, tanto para a aquisição do alimento, quanto para o seu preparo, ou ainda, para a promoção de práticas esportivas.

Este fato aponta para a necessidade de envolvimento não só dos agentes educadores, mas requer a extensão das ações ao núcleo de convívio dos sujeitos, para que ocorram mudanças efetivas e duradouras, de forma a trazer-lhes resultados reais, na redução da morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares. Além do envolvimento do maior número de pessoas, a OMS afirma que a maior duração deste tipo de programa educativo produz resultados mais efetivos em termos de mudança comportamental, o que reforça a necessidade de incluir, de forma definitiva, um programa de educação para a saúde nas escolas, focado na realidade de cada grupo social.^{19,20}

REFERÊNCIAS

- 1 - Brandão AA, Magalhães MEC, Freitas EV, Pozzan R, Brandão AP. Prevenção da doença cardiovascular: a aterosclerose se inicia na infância? *Rev SOCERJ*. 2004; 17(1):37-44.
- 2 - McGill Jr HC, McMahan CA, Malcom GT, Oalman MC, Strong JP. Effects of Serum Lipoproteins and Smoking on Atherosclerosis in Young Men and Women. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 1997; 17:95-106.
- 3 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. In: IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003. Rio de Janeiro, Brasil; IBGE; 2004. [Citado em 2007 Dez 01]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/condicaodevida/pof/2003medidas/default.shtm>.
- 4 - World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion: an International Conference on Health Promoting, the move towards a new public health. Ottawa, Canada; 1986. [Cited 2007 Sep 12]. Available from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.
- 5 - Demarzo MMP, Aquilante AG. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Panamericana; 2006. p. 49-75.
- 6 - André MD, Luke M. Pesquisa qualitativa em educação: abordagem do processo. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 1993.
- 7 - Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da Saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3):507-14.
- 8 - Cerqueira MT. A construção da rede Latino-Americana de escolas promotoras de saúde. In: Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. Escolas Promotoras de Saúde: experiência no Brasil. ed. Brasília: Editora MS; 2007. p. 33-9.
- 9 - Wissler RW, Strong JP. Risk factors and progression of atherosclerosis in youth. PDAY Research Group. Pathological Determinants of Atherosclerosis in Youth. *Am J Pathol*. 1998; 153(4):1023-33.
- 10 - Kavey RE, Daniels SR, Lauer RM, Atkins DL, Hayman LL, Taubert K. American Heart Association guidelines for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. *Circulation*. 2003 Oct; 107(11):1562-6.
- 11 - Nascimento SM, Teixeira DS, Teixeira RJ, Castro FGB, Mendonça DMSF, Monteiro AS, *et al.* Sobrepe-so/obesidade em adolescentes de uma escola pública do Rio de Janeiro e morbidade referida em familiares [Monografia]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Residência em Medicina Familiar e Comunitária; 2007.
- 12 - Anjos LA, Castro IRR, Engstrom EM, Azevedo AMF. Crescimento e estado nutricional em amostra probabilística de escolares do município do Rio de Janeiro, 1999. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19:171-9.
- 13 - Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. Manual de orientação para alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente e na escola. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2006.
- 14 - He FJ, Marrero NM, MacGregor GA. Salt intake is related to soft drink consumption in children and adolescents: a link to obesity? *Hypertension*. 2008; 51:629-34.
- 15 - Oliveira J. Depressão e má alimentação engordam crianças. Minas Gerais, Brasil; 2007. [Citado em 2007 set. 30]. Disponível em: http://www.uai.com.br/UAI/html/sessao_2/2007/05/30em_noticia_interna.
- 16 - Ferreira CM. Avaliação nutricional de crianças em escolas públicas do município de São Paulo. São Paulo, Brasil; 2008. [Citado em 2008 mar. 06] Disponível em: <http://www.segs.com.br>.
- 17 - Fisberg M. Estudo multicêntrico de avaliação de consumo alimentar de pré-escolares brasileiros. Alagoas, Brasil; 2008. [Citado em 2008 set. 21] Disponível em: http://gazetaweb.globo.com/v2/noticias/texto_completo.php.
- 18 - Danner FW. A National longitudinal study of the association between hours of TV viewing and the trajectory of BMI growth among US children. *J Pediatr Psychol*. 2008 Nov/Dec; 33:1100-7.

19 - Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiência no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

20 - Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease, and specifically, what is the effectiveness on the

health promoting school approach? [Cited 2008 set. 31]. Geneve: World Health Organization General Office for Europe; 2006. Available from: <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>.

Submissão: maio de 2009

Aprovação: abril de 2010
