

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

MARIANGELA DA SILVA ALVES BATISTA

**Ações de alimentação e nutrição, no âmbito de
políticas públicas em ambiente escolar, para
prevenção e controle da obesidade infantil no
município de Itapevi - SP**

**São Paulo - SP
2016**

MARIANGELA DA SILVA ALVES BATISTA

Ações de alimentação e nutrição, no âmbito de políticas públicas em ambiente escolar, para prevenção e controle da obesidade infantil no município de Itapevi - SP

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo - SP
2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

MARIANGELA DA SILVA ALVES BATISTA

Ações de alimentação e nutrição, no âmbito de políticas públicas em ambiente escolar, para prevenção e controle da obesidade infantil no município de Itapevi - SP

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientador (a): Prof^a Dra. Lenise Mondini

São Paulo - SP
2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Batista, Mariangela da Silva Alves

Ações de alimentação e nutrição, no âmbito de políticas públicas em ambiente escolar, para prevenção e controle da obesidade infantil no município de Itapevi – SP / Mariangela da Silva Alves Batista. São Paulo, 2016. 155p

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas em Saúde
Orientadora: Lenise Mondini

1.Obesidade infantil 2.Educação 3.Alimentação Escolar 4.Saúde Escolar.I. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as crianças, em especial as do Município de Itapevi, inspiração e motivação desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Antonio e Maria Eliane, e aos meus irmãos, Ruth, Robson e Ronaldo, pelo amor e carinho incondicional.

À Simone e à Priscila, por expandirem os laços familiares, e ao Gustavo, por trazer alegria aos meus dias.

Ao meu amado companheiro Cledson, pela confiança e apoio desde o início.

Às minhas amigas de longa data: Bruna, Jacqueline, Valeria, Daiane, Gabriela, Gisele e Bárbara por fazerem parte de momentos tão especiais da minha vida.

À minha orientadora, Lenise Mondini, pela dedicação e empenho em me ensinar e me guiar em todas as etapas desta pesquisa.

Aos meus queridos amigos, Claudiney e Mariana, pela ajuda e apoio durante todo processo de desenvolvimento da pesquisa, e por fazerem do nosso ambiente de trabalho o melhor possível.

À Secretaria Municipal de Saúde de Itapevi, pelo incentivo e liberação de sua funcionária sempre que necessário.

À Secretaria Municipal de Educação, em especial aos funcionários Mário Cesar e Ana Cristina, pelas contribuições e auxílio no decorrer destes dois anos.

Aos docentes e funcionários do Instituto de Saúde e aos colegas do Mestrado Profissional pelo companheirismo.

A todos os profissionais da Saúde e da Educação do Município de Itapevi que tiveram interesse e reservaram um tempo para responder ao questionário e participar das reuniões. Sem eles essa pesquisa não seria concretizada.

*“Vou mostrando como sou
E vou sendo como posso,
Jogando meu corpo no mundo,
Andando por todos os cantos
E pela lei natural dos encontros
Eu deixo e recebo um tanto (...)”*

Os Novos Baianos – Mistério do Planeta

RESUMO

Batista, MAS. **Ações de alimentação e nutrição, no âmbito de políticas públicas em ambiente escolar, para prevenção e controle da obesidade infantil no município de Itapevi – SP.** [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016.

Introdução: A prevalência da obesidade infantil tem crescido substancialmente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Suas causas são complexas e envolvem fatores biológicos, socioculturais e comportamentais. Diante deste problema, ações de saúde desenvolvidas no ambiente escolar, como as previstas no Programa Saúde na Escola (PSE), entre outros, podem beneficiar a saúde e nutrição de crianças. **Objetivo:** Realizar um diagnóstico das ações de alimentação e nutrição, no âmbito do PSE, com vistas à elaboração de um plano de ação para prevenção e controle da obesidade infantil nas escolas municipais de ensino fundamental do município de Itapevi - SP. **Metodologia:** O presente estudo constitui-se como uma pesquisa avaliativa desenvolvida no município de Itapevi –SP em todas as escolas públicas que oferecem o Ciclo I do Ensino Fundamental, pautada em diagnósticos cujos dados referem-se a 2014: 1) estado nutricional dos escolares, classificado de acordo com os pontos de corte de IMC estabelecidos por Cole et al.; 2) análise qualitativa da alimentação escolar, segundo as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira e do Programa Nacional de Alimentação Escolar PNAE/FNDE e; 3) verificação da inclusão de temas relacionados a Nutrição e Atividade Física nas atividades curriculares e extracurriculares, por meio de questionário. Após a finalização dos diagnósticos foram realizados encontros com gestores e profissionais das áreas da Saúde e da Educação no sentido de aproximar estes setores para discussão e elaboração do plano de ação. **Resultados:** O excesso de peso esteve presente em ¼ dos escolares, variando entre 13,4% e 35% nas diversas áreas de abrangência das Unidades de Saúde. Especificamente a prevalência de sobrepeso foi mais elevada entre as meninas. Com relação à alimentação escolar, os alimentos ultraprocessados representaram mais de 60% do cardápio do desjejum/lanche da tarde; no almoço os alimentos *in natura* e minimamente processados foram os de maior participação. Pelas diretrizes do PNAE/FNDE, os cardápios atenderam a recomendação de fornecer, no

mínimo, 3 porções de frutas e hortaliças. Já a frequência de bebidas proibidas, doces e preparações doces ultrapassaram os limites recomendados. O tema da “Alimentação Saudável e Nutrição” e a prática de atividade física esteve presente em disciplinas de todas as escolas e a maioria das atividades foram contempladas nos Projetos Políticos Pedagógicos. Nos encontros articulados entre as áreas da Saúde e Educação foi construído um projeto piloto de repactuação do PSE para 5 escolas (1709 alunos), cuja áreas de abrangências envolvem 3 Unidades de Saúde da Família. Sugestões para modificações do cardápio do desjejum/lanche da tarde foram incluídas no plano de ação, considerando os fatores limitadores relatados pela profissional responsável por sua elaboração. Dificuldades em incluir as famílias nas ações foram relatadas tanto pelos profissionais das escolas, quanto pelos profissionais das unidades de saúde.

Conclusão: O excesso de peso entre os escolares do Ciclo I do Ensino Fundamental do município de Itapevi é elevado e há a necessidade de se realizar ações articuladas entre as áreas de interesse, a fim de promover a melhoria das condições de saúde e nutrição dos mesmos. **Potencial de Aplicabilidade:** A análise realizada poderá subsidiar os gestores e profissionais a implementarem ações que promovam a melhoria das condições de saúde e nutrição dos escolares por meio das propostas encaminhadas aos Secretários Municipais da Saúde e Educação, as quais visam a melhora do cardápio da alimentação escolar e a implementação do PSE no município.

Descritores: obesidade infantil, educação, alimentação escolar, saúde escolar

ABSTRACT

Batista, MAS. Food and nutrition actions, within the school public policies, to prevent and control the childhood obesity in the municipality of Itapevi – SP, Brazil [Master Thesis]. Professional Master's Program in Public Health - CRH/SES-SP. São Paulo: Secretary of State for Health; 2016.

Introduction: The childhood obesity has been growing substantially in developed and developing countries. Its causes are complex and involve biological, socio-cultural and behavioral factors. Health actions taken in the school environment, such as those provided by the School Health Program (SHP), among others, can benefit the health and nutrition of children. **Objective:** To elaborate a food and nutrition diagnoses, within the framework of the SHP, in order to develop an action plan for prevention and control of childhood obesity in elementary schools in municipality of Itapevi, state of São Paulo, Brazil. **Methods:** This evaluation study comprises three diagnoses based on data from 2014 of public schools first graders: (1) nutritional status of schoolchildren based on BMI cut-off points, established by Cole et al; (2) qualitative analysis of school meals, according to the recommendations of the Brazilian Dietary Guidelines and the National School Feeding Program - NSFP; (3) availability of themes related to nutrition and physical activity in scope curriculum through a questionnaire. Following the diagnosis, Health and Education managers and professionals were invited to discuss the elaboration of the action plan. **Results:** Overweight (overweight and obesity) was present in 25% of children, ranging from 13.4% to 35% in the various areas comprising the Health Units coverage. The prevalence of overweight was specifically higher among girls. Relative to school feeding, ultra-processed products represented more than 60% of the breakfast and afternoon snack; at lunch the fresh or minimally processed foods had the highest participation. According to the NSFP guidelines, the menus attended the recommendation to provide at least 3 servings of fruits and vegetables. However, the frequency of prohibited drinks, candies and sweet preparations exceeded the recommended limits. The themes of "healthy eating and nutrition" and the practice of physical activity were present in all schools, its majority were present in the political-pedagogical projects. The meetings with the Health and Education professionals resulted in a pilot project for renegotiation of SHP in 5 schools

(students 1709), whose areas involve 3 units of Family Health. Suggestions for modifications in breakfast and afternoon snack were included in the plan of action, considering the limiting factors reported by the professional responsible for their preparation. Professionals from the schools as well as the Health Units reported difficulties to include the families in the actions. **Conclusions:** The overweight among elementary school children in the municipality of Itapevi is elevated and articulated actions are needed between the areas of interest, in order to improve the health and nutritional conditions of the children. **Applicability Potential:** The analysis can support managers and professionals to implement actions that improve health and nutritional conditions of the school children through proposals addressed to Health and Education Secretaries, which aim to improve the school meals and the SHP implementation.

Key words: childhood obesity, education, school feeding, school health

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. PANORAMA GERAL DO SOBREPESO E DA OBESIDADE	17
1.2. EVOLUÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS BRASILEIRAS	19
1.3. CAUSAS DA OBESIDADE INFANTIL	21
1.4. O AMBIENTE ESCOLAR	25
1.5. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E OBESIDADE INFANTIL	29
1.6. PANORAMA SITUACIONAL DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI	31
2. JUSTIFICATIVA	34
3. OBJETIVO GERAL	35
3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
4. METODOLOGIA	36
4.1. ESTADO NUTRICIONAL.....	36
4.2. ALIMENTAÇÃO ESCOLAR.....	38
4.3. INSERÇÃO DE ATIVIDADES CURRICULARES E EXTRACURRICULARES REFERENTES AO TEMA “ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E NUTRIÇÃO” E “ATIVIDADE FÍSICA” NO AMBIENTE ESCOLAR	41
4.4. AÇÕES ARTICULADAS ENTRE AS ÁREAS PÚBLICAS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO.	44
4.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	45
5. RESULTADOS.....	46
5.1. ESTADO NUTRICIONAL.....	47
5.2. ALIMENTAÇÃO ESCOLAR.....	53
5.3. INSERÇÃO DE ATIVIDADES CURRICULARES E EXTRACURRICULARES REFERENTES AOS TEMAS “ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E NUTRIÇÃO” E “ATIVIDADE FÍSICA” NO AMBIENTE ESCOLAR	56
5.4. AÇÕES ARTICULADAS ENTRE AS ÁREAS PÚBLICAS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO	62
6. DISCUSSÃO	73
7. CONCLUSÃO	86
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88

ANEXO 1 – ESCOLAS POR ABRANGÊNCIA DE UNIDADE DE SAÚDE.....	97
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO	98
ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	104
DIRETORES E COORDENADORES PEDAGÓGICOS.....	104
ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	107
PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE	107
ANEXO 5 – CONVITE PARA ENCONTRO – ESCOLAS.....	110
ANEXO 6 – CONVITE PARA ENCONTRO – UNIDADES DE SAÚDE	112
ANEXO 7 – CONVITE PARA ENCONTRO - COORDENADORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO.....	113
ANEXO 8 – ROTEIRO DE DISCUSSÃO EM GRUPO.....	115
ANEXO 9 – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS DO AENE	120
ANEXO 10 – AUTORIZAÇÃO PARA ANÁLISE DO CARDÁPIO ESCOLAR	121
ANEXO 11 – AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DOS QUESTIONÁRIOS ÀS ESCOLAS	122
ANEXO 12. CARDÁPIOS.....	123
ANEXO 13. PLANO DE AÇÃO	128

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos escolares, segundo sexo e faixa etária. Município de Itapevi, SP – 2014.	46
Tabela 2	Caracterização dos escolares, segundo sexo e ano de estudo. Município de Itapevi, SP – 2014.	47
Tabela 3	Prevalência de sobrepeso e obesidade por área de abrangência das Unidade de Saúde. Município de Itapevi, SP – 2014.	51
Tabela 4	Frequência (%) mensal de alimentos no desjejum/ lanche da tarde, segundo categorias de alimentos do Guia Alimentar Para a População Brasileira. Município de Itapevi, SP – 2014.	53
Tabela 5	Frequência (%) mensal de alimentos no almoço, segundo categorias de alimentos do Guia Alimentar Para a População Brasileira. Município de Itapevi, SP – 2014.	54
Tabela 6	Frequência semanal de alimentos por período, segundo recomendações do PNAE. Itapevi, SP – 2014.	55
Tabela 7	Inserção do tema alimentação saudável e nutrição no Projeto Político Pedagógico das escolas municipais. Itapevi, SP – 2014.	58
Tabela 8	Esportes e atividades físicas curriculares e extracurriculares disponíveis nas escolas. Itapevi, SP – 2014.	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Ações obrigatórias do Programa Saúde na Escola.	28
Quadro 2	Categoria de alimentos preconizados pelo Guia Para a População Brasileira - 2ª Versão, 2014.	39
Quadro 3	Categorias de análise dos fatores facilitadores e limitadores para inclusão do tema “Alimentação Saudável e Nutrição” no Projeto Político Pedagógico.	42
Quadro 4	Categorias de esportes e atividades físicas curriculares e extracurriculares.	43
Quadro 5	Frequência de alimentos e preparações no cardápio do desjejum/lanche da tarde atual e proposta sugerida.	68
Quadro 6	Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal – GTIM.	70
Quadro 7	Repactuação do PSE: escolas prioritárias, de acordo com Unidades de Saúde e Projetos de Ação.	71
Quadro 8	Especificações dos Projetos de Ação.	72

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Sobrepeso e Obesidade: Modelo Sócio Ecológico.	21
Figura 2	Fluxograma de escolas e alunos avaliados pelo AENE. Itapevi, SP – 2014.	37
Figura 3	Prevalência por excesso de peso de acordo com as escolas e área de abrangência das Unidades de Saúde. Itapevi, SP – 2014.	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Prevalência (%) de sobrepeso e obesidade em escolares, segundo sexo. Município de Itapevi, SP – 2014.	48
Gráfico 2	Prevalência (%) de sobrepeso e obesidade em escolares, segundo sexo e faixa etária. Município de Itapevi, SP – 2014.	49
Gráfico 3	Prevalência (%) de sobrepeso e obesidade em escolares, segundo sexo e ano de estudo. Município de Itapevi, SP – 2014.	49

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AENE	Avaliação do Estado Nutricional de Escolares
CAE	Conselho de Alimentação Escolar
CEPEUSP	Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo
CRN	Conselho Regional de Nutricionistas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
GTIM	Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
IMC	Índice de Massa Corporal
NAP	Núcleo de Apoio Pedagógico
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNDS	Política Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PPP	Projeto Político Pedagógico
PRM	Programa Recreação pelo Movimento
PRONUT	Programa de Pós Graduação Interunidades de Nutrição Humana Aplicada
PSE	Programa Saúde na Escola
SIMEC	Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle
SME	Secretaria Municipal de Educação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico

1. INTRODUÇÃO

1.1. PANORAMA GERAL DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

Nas últimas décadas, a prevalência de sobrepeso e obesidade tem crescido substancialmente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (WHO, 2015a). A obesidade é considerada doença crônica, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no tecido adiposo, em tal proporção que compromete a saúde dos indivíduos em qualquer faixa etária por estar associada ao desenvolvimento de cânceres, Diabetes *mellitus*, dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica, alterações ortopédicas, dermatológicas, respiratórias e cardiovasculares (SOARES e PETROSKI, 2003; WHO, 2000, CARDOSO et al, 2014; MORAES et al, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 39% da população mundial de adultos acima de 18 anos estão com sobrepeso e 13% estão com obesidade (WHO, 2015a). Nas Américas, a prevalência de sobrepeso na população adulta gira em torno de 61%, sendo 27% a de obesidade (WHO, 2015a). Especificamente nos Estados Unidos da América, 71,3% dos homens e 65,8% das mulheres acima de 20 anos apresentam excesso de peso e destes, 33,5% dos homens e 36,1% das mulheres estão com obesidade (OGDEN et al, 2014). Nos países da União Européia, a prevalência de sobrepeso na população adulta varia entre 30% a 70% e a obesidade entre 10% a 30% (WHO, 2015b). Na região do Sudeste da Ásia a prevalência de sobrepeso na população adulta é de 22% e a prevalência de obesidade é de 5% (WHO, 2015a).

No Brasil, dados de estudos de abrangência nacional mostram um rápido avanço do excesso de peso (sobrepeso e obesidade) na população adulta maior de 20 anos. Entre 1975 e 2009, a prevalência de sobrepeso entre os homens quase triplicou (18,5% para 50,1%) e a obesidade aumentou mais de

quatro vezes (2,8% para 12,4%). Já entre as mulheres o aumento foi menor, o sobrepeso passou de 28,7% para 48%, e a prevalência de obesidade dobrou (8,0% para 16,9%) - (MONTEIRO et al, 2007; IBGE, 2010a).

Tal mudança se deu em todas as regiões brasileiras e estratos socioeconômicos, ocorrendo com mais frequência em domicílios urbanos, comparados aos domicílios rurais. Entre homens e mulheres, o aumento do sobrepeso e da obesidade foi mais perceptível na região Nordeste, sendo que entre a população masculina a obesidade aumentou mais de sete vezes (1,3% para 9,9%). A região Norte foi a que sofreu menor alteração, especificamente na população masculina, e as regiões Sul e Sudeste tiveram os menores aumentos entre a população feminina (MONTEIRO et al, 2007; IBGE, 2010a).

Comparações socioeconômicas, caracterizadas por quintos de rendimento, mostram que apesar de as prevalências de sobrepeso e obesidade serem maiores entre a população de maior renda, a taxa de crescimento foi muito mais acentuada entre a população de baixa renda. Homens do 1º quinto de rendimento aumentaram mais de seis vezes o sobrepeso e mais de quatorze vezes a obesidade, contra um aumento de quase duas vezes de sobrepeso e quase três vezes de obesidade entre homens do 5º quinto de rendimento. As mulheres de baixa renda acompanharam as mesmas tendências da população masculina, porém com aumento menos acentuado (sobrepeso triplicou e obesidade aumentou mais de seis vezes no 1º quinto de rendimento) – (MONTEIRO et al, 2007; IBGE, 2010a).

Dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT por meio de Inquérito Telefônico (VIGITEL), o qual analisa a variação temporal do sobrepeso e da obesidade na população adulta residente nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, mostram que em 2013 a prevalência total de sobrepeso era de 50,8% e a de obesidade era de 17,5% (MS, 2014a).

Entre a população infanto-juvenil, indivíduos com menos de 18 anos, estima-se que 170 milhões estão acima do peso (WHO, 2012). Entre 1990 e 2010 a prevalência de sobrepeso e obesidade em todo mundo na população infantil aumentou de 4,2% para 6,7%, e estima-se que em 2020 chegará a 9,1% (ONIS et al, 2010).

Nos Estados Unidos, 16,4% da população masculina e 19,1% da população feminina de 6 a 11 anos de idade estão com obesidade (OGDEN e col, 2014). Países em desenvolvimento, como a China, apresentam prevalências de obesidade de aproximadamente 16% na população masculina e 8% na população feminina de 7 a 9 anos de idade (SONG et al, 2013).

Além do fato de a obesidade em crianças e adolescentes se relacionar ao desenvolvimento de diversas doenças, como Diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, também se verifica associação a quadros de depressão, ansiedade e insegurança, os quais podem impactar no relacionamento familiar e no rendimento escolar e, também, desenvolver sentimentos de insatisfação quanto à própria imagem corporal (LUIZ et al, 2005; GLIBER, 2012; CDC, 2015).

1.2. EVOLUÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS BRASILEIRAS

A evolução do estado nutricional das crianças brasileiras tem acompanhado a tendência mundial de redução da desnutrição e aumento do excesso de peso (ONIS et al, 2000).

Entre as crianças menores de cinco anos de idade, a prevalência da desnutrição, aferida pela proporção de crianças com déficit de crescimento, foi reduzida de 13% para 7% entre 1996 e 2006, sendo a região Norte a de maior prevalência (15%) e as demais regiões relativamente iguais: 6% nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste; 8% na região Sul (MS, 2009a). Déficits de

peso em relação à altura, indicativos de casos agudos de desnutrição, estiveram presentes em apenas 1,5% das crianças em 2006, não ultrapassando a 2% em qualquer região do país (MS, 2009a). As causas da redução da desnutrição infantil estão relacionadas com aumento da escolaridade materna, melhorias no poder aquisitivo, na assistência à saúde e no saneamento básico (MONTEIRO et al, 2009; MS, 2009a). O excesso de peso em relação à altura nesta faixa etária esteve presente em 7% em 2006, variando de 6% na região Norte a 9% na região Sul (MS, 2009a).

Na população infantil de 5 a 9 anos de idade, a prevalência de déficit de altura entre os meninos foi reduzida de 29,3% para 7,2% em um período de 30 anos (1974-1975 e 2008-2009), e entre as meninas de 26,7% para 6,3% no mesmo período. A prevalência de déficit de peso nesta faixa etária é baixa em todas as regiões, oscilando ao redor da média nacional de 4% (IBGE, 2010a). Concomitantemente, a prevalência de sobrepeso e obesidade na população de meninos aumentou de 10,9% para 34% e de 2,9% para 16,6%, respectivamente, neste período. Já entre as meninas, a prevalência de sobrepeso aumentou de 8,6% para 32%, e a prevalência de obesidade de 1,8% para 11,8% (IBGE, 2010a). Tendências regionais mostram que a região Norte e Nordeste apresentam prevalências de excesso de peso que oscilam entre 25% a 30%, enquanto que as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentam prevalências entre 32% a 40%. Em todas as regiões as prevalências tendem a ser maiores no meio urbano do que no meio rural (IBGE, 2010a).

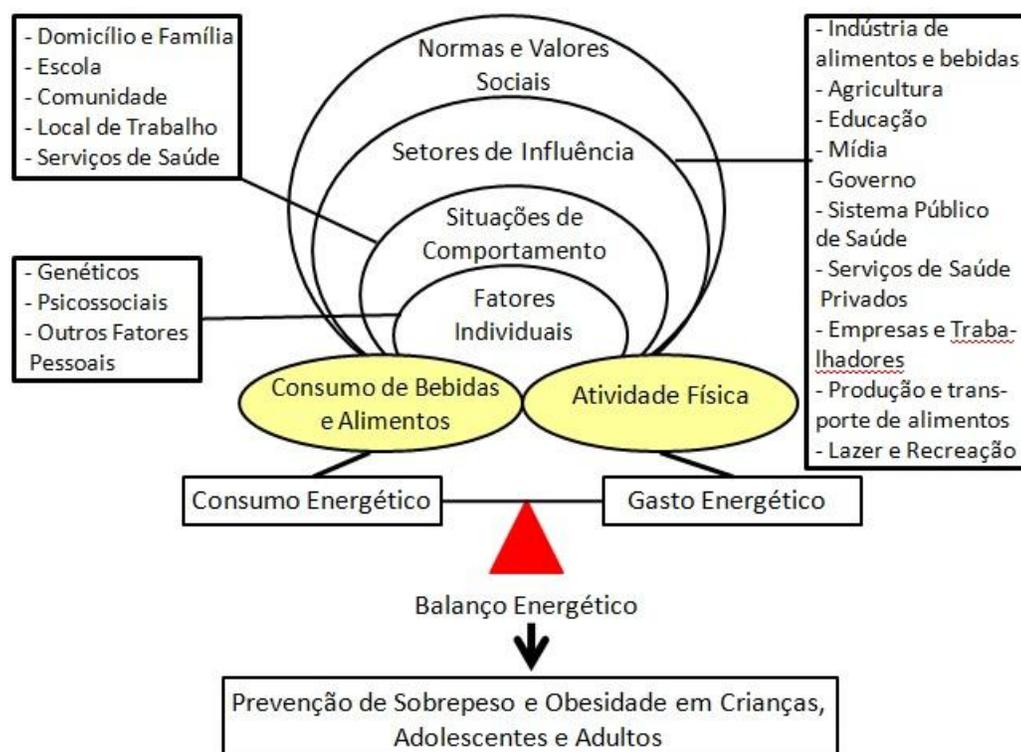
Quando realizadas comparações por classes de rendimento na faixa etária de 5 a 9 anos, verificam-se maiores prevalências de sobrepeso e obesidade entre as crianças com maior poder aquisitivo. Meninos vivendo em famílias com classe de rendimento de 5 ou mais salários mínimos *per capita* apresentam 51,1% de sobrepeso e 30,8% de obesidade. Em contrapartida, aqueles cujas famílias recebem até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo *per capita* apresentam 26,6% de sobrepeso e 11,8% de obesidade. Entre as meninas de ambas as classes de

rendimento, tal diferença se mantém: 20,8% de sobrepeso e 7,4% de obesidade para crianças com até $\frac{1}{4}$ salário mínimo *per capita* contra 39,3% de sobrepeso e 14,8% de obesidade entre crianças cujas famílias contam com 5 ou mais salários mínimos *per capita* (IBGE, 2010a).

1.3. CAUSAS DA OBESIDADE INFANTIL

As causas da obesidade infantil, como mostra a figura 1, são complexas e envolvem fatores individuais, comportamentais e ambientais que podem proporcionar desequilíbrio entre consumo e gasto energético (GILKEY, 2007).

Figura 1. Sobrepeso e Obesidade: Modelo Sócio-Ecológico.



Fonte: Adaptado de MacGowan (2009).

Os fatores individuais são aqueles relacionados à genética, à produção hormonal e ao estado psicológico e emocional, os quais influenciam diretamente as respostas fisiológicas do organismo aos estímulos externos, como ingestão de alimentos e dispêndio energético em atividades físicas (GILKEY, 2007).

O meio ambiente, o contexto sociocultural e familiar em que as crianças estão inseridas desempenham papel fundamental em seu comportamento e escolhas alimentares (DIETZ, 2001; GLANZ et al, 2005; ARAÚJO et al, 2006; GILKEY, 2007). Tal fenômeno complexo é denominado por Poulain (2003) como “espaço social alimentar”

“Ao comer segundo uma forma socialmente definida, a criança aprende o senso do íntimo e do público (aquilo que ela pode mostrar da sua mecânica alimentar e aquilo que ela deve esconder), bem como as regras de partilha e de privilégio que refletem a hierarquização social, enfim, o senso do “bom”, mais exatamente do que é bom para o grupo ao qual ela pertence. Ao comer, ela interioriza os valores centrais de sua cultura, os quais se exprimem nas maneiras à mesa.”

Na primeira infância estudos demonstram a forte relação que as práticas inadequadas de aleitamento materno, como tempo reduzido de amamentação e introdução de outros leites, têm sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade infantil (HORTA e VICTORA, 2013). Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, mostram que a prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças de 2-3 meses de idade era de 48,2%. Já entre as crianças de 4-5 meses de idade, tal prevalência cai para 14%. Por outro lado, verificou-se que 56,8% das crianças entre 2-3 meses de vida já consumiam mingau (MS, 2009a). Do mesmo modo, a alimentação complementar incorreta nos primeiros anos de vida, com a introdução de alimentos ultraprocessados, ricos em açúcares e gorduras, associa-se ao excesso de peso nas crianças (MS, 2009b). Dados da PNDS sobre alimentação infantil também revelam introdução extremamente

precoce destes produtos, a exemplo de refrigerantes (o consumo esteve presente 4,3% das crianças entre 6 e 9 meses de idade e 12,7% das crianças entre 9 e 12 meses de idade), bolachas e salgadinhos (46,4% e 71,7% nas faixas etárias citadas, respectivamente) - (MS, 2009a).

O estado nutricional dos pais também parece ter forte relação com a prevalência de excesso de peso em seus filhos. Acima dos 6 anos de idade, crianças com mães obesas têm três vezes mais chance de se tornarem obesas (WHITAKER et al, 1997; MULLER et al, 2001; REILLY et al, 2005).

Um ambiente obesogênico, definido como a soma de influências e condições ambientais que podem promover a obesidade em indivíduos ou população, é composto por fatores que de alguma forma dificultam a manutenção de um peso corporal saudável, seja por limitar o acesso a alimentos saudáveis ou incentivar o consumo de alimentos energeticamente densos, seja por criar barreiras para a prática de atividades físicas (SWINBURN, 1999; GLANZ et al, 2005; GILKEY, 2007).

No Brasil, as modificações no padrão de alimentação e atividade física estão associadas a alterações econômicas, demográficas e sociais que vêm ocorrendo nas últimas décadas (FILHO e RISSIN, 2003; MONTEIRO et al, 2007; TARDIDO e FALCÃO, 2006; BARROS et al, 2008; MONTEIRO et al, 2009). Segundo as pesquisas de orçamentos familiares, há pelo menos quase quatro décadas verificou-se que a contribuição calórica de cereais, leguminosas, raízes e tubérculos vem decrescendo na disponibilidade domiciliar *per capita* das famílias brasileiras. Em 2008-2009, esses alimentos tiveram uma participação relativa de apenas 45% no total de calorias, enquanto observou-se aumento da participação relativa de alimentos processados como pães, embutidos, biscoitos, refrigerantes, refeições prontas e misturas industrializadas. Concomitantemente, o consumo de açúcar aumentou, chegando a 16,4% das calorias totais em 2008-2009, contra um máximo de 10% fixado pelas recomendações nutricionais. A proporção de lipídios também

ultrapassou o limite máximo recomendado de 30%. Perpassando a todas essas modificações a participação de frutas, verduras e legumes se manteve praticamente estável e sempre abaixo do recomendado (MONDINI e MONTEIRO, 1994; MONTEIRO et al, 2000; COSTA et al, 2005; IBGE, 2004; IBGE, 2010b; LEVY et al, 2012).

Dentro do contexto familiar, cada vez mais as crianças apresentam autonomia e influência no processo de decisão de compra, o que faz com que a publicidade de alimentos e as estratégias de marketing dirigidas a esse público sejam consideradas uma causa importante da obesidade infantil (INTERSCIENCE apud SOUZA E RÉVILLION, 2012; WHO, 2006; SÁ et al, 2012). Um estudo realizado no Brasil verificou que 80% das decisões de compra das famílias são influenciadas pelas crianças, especialmente em relação aos produtos alimentícios industrializados, como biscoitos, bolachas, refrigerantes, salgadinhos, achocolatados, iogurtes, macarrão instantâneo, balas, chocolates, cereais e sorvetes (INTERSCIENCE apud SOUZA e RÉVILLION, 2012).

A disponibilidade alimentar fora de casa também constitui fator importante na determinação do estado nutricional das crianças. Lucan et al (2010) realizaram um estudo sobre a disponibilidade alimentar no entorno de três escolas da Philadelphia (EUA) e encontraram que 96,4% dos alimentos disponíveis eram processados e somente 3,6% continham grãos integrais. Outro estudo realizado no entorno das escolas de Chicago (EUA) encontrou que em 78% delas havia pelo menos um restaurante de *fast food* em um raio 800 metros (AUSTIN et al, 2005). No Brasil, um estudo realizado no entorno de três escolas públicas de ensino fundamental do município de Santos (SP), encontrou que em 2 das 3 regiões estudadas havia maior concentração de comércios que ofertavam, em sua maioria, alimentos ultraprocessados (LEITE et al, 2012).

A redução no nível de atividade física, relacionada a mudanças nas atividades de lazer, como maior tempo despendido com televisão e computador, levam a um menor gasto energético e contribuem para o excesso de peso (DIETZ, 2001; TARDIDO e FALCÃO, 2006; RINALDI et al, 2008; LOURENÇO e CARDOSO, 2009).

Ribeiro et al (2006) estudaram fatores associados ao sobrepeso e a obesidade em 1450 estudantes de 6 a 18 anos idade de Belo Horizonte (MG), e encontraram que 22,6% apresentavam baixos níveis de atividade física. O tempo médio gasto com atividades sedentárias foi de 4 horas ao dia, sendo 2,8 horas assistindo TV. Outro estudo realizado com 1253 estudantes de 7 a 17 anos de idade de escolas públicas e particulares de Maceió encontrou que 93,5% eram sedentários; 62% das meninas e 57% dos meninos não participavam das aulas de Educação Física da escola; 32% assistiam de 1 a 2 horas de TV e 65% assistiam 3 ou mais horas de TV (RIVERA et al, 2010).

1.4. O AMBIENTE ESCOLAR

A educação básica no Brasil tem se universalizado e se tornado acessível a todos. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2012, a taxa de frequência à escola da população de 6 a 14 anos de idade foi de 98,4% (IBGE, 2014a).

Diante deste fato, a escola surge como um privilegiado ambiente promotor da saúde, da atividade física e da educação alimentar e nutricional para uma larga porção da população. Intervenções que envolvam desde mudanças no plano pedagógico e nos serviços oferecidos pela escola, como a alimentação escolar e a cantina, até atividades lúdicas e interativas com alunos, família e membros da comunidade, constituem ferramentas importantes para mudanças

no comportamento alimentar e no perfil de saúde dos mesmos (WHO, 1998; RODRIGO e ARANCETA, 2001; SCHMITZ et al, 2008).

Diversas políticas públicas utilizam o ambiente escolar para ações de saúde e de alimentação e nutrição. O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) foi implantada em 1955 e contribui para a oferta de alimentação saudável e realização de atividades de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), ferramentas importantes na prevenção e controle da obesidade entre crianças e jovens em idade escolar. Ao longo dos anos o PNAE vem se modificando e, atualmente, é um programa descentralizado que estimula a participação da comunidade, mediante Conselho de Alimentação Escolar (CAE); fortalece a agricultura familiar ao incluir aquisição de 30% de gêneros alimentícios desse setor produtivo e estabelece o profissional nutricionista como Responsável Técnico pelo programa. Desde 2009 o programa se estendeu para toda rede pública de educação básica e de jovens e adultos (FNDE, 2015a; FNDE, 2015b).

A Portaria Interministerial nº1010 de 08 de maio de 2006 (MS e ME, 2006a) institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de Educação Infantil, Fundamental e Nível Médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Um de seus estímulos é a implantação de ações para o desenvolvimento de estratégias de informação às famílias, enfatizando a co-responsabilidade e a importância de sua participação no processo de promoção da alimentação saudável das crianças, bem como a incorporação de tal tema no projeto político pedagógico da escola, perpassando todas as áreas de estudo e propiciando experiências no cotidiano das atividades escolares.

Em 2011 o Ministério da Saúde, em colaboração com outros Ministérios do governo brasileiro e instituições de ensino e pesquisa, lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

(DCNT) no Brasil 2011-2022, que tem como uma de suas metas a redução da prevalência de obesidade em crianças (MS, 2011a).

Dentre as ações que integram o eixo de promoção da saúde, encontra-se o Programa Saúde na Escola (PSE). Lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, o programa contribui para a formação integral dos estudantes da rede pública de ensino, por meio de ações integradas e articuladas entre as escolas e as Equipes de Saúde. Algumas de suas diretrizes são (MS e ME, 2011b):

II. Permitir a progressiva ampliação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes;

III. Promover a articulação de saberes, a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da saúde e educação;

O PSE é dividido em cinco (05) componentes. O componente I compreende ações de avaliação antropométrica; atualização do calendário vacinal; detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS); detecção precoce de agravos de saúde negligenciados (prevalentes na região: hanseníase, tuberculose, malária etc.); avaliação oftalmológica; avaliação auditiva; avaliação nutricional; avaliação da saúde bucal e avaliação psicossocial. O componente II contempla as ações para promoção e prevenção à saúde, como ações de segurança alimentar; promoção da alimentação saudável; promoção de práticas corporais e atividade física; promoção da cultura de paz e saúde ambiental; educação sexual e reprodutiva e prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas. Já o componente III trata de ações para educação permanente dos profissionais da saúde e da educação; o componente IV o monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes para planejamento das ações, e o componente V o monitoramento e avaliação do

próprio programa por meio de sistemas informatizados (MS e ME, 2011b; SILVA, 2014).

Segundo as normas do PSE, ao aderir ao Programa, o município deve realizar, minimamente, algumas ações obrigatórias (Quadro 1). Ainda, as escolas contempladas pelo Programa devem funcionar de modo que as atividades em saúde a serem desenvolvidas façam parte do Projeto Político Pedagógico (PPP) escolar e se vinculem às Equipes de Saúde de sua abrangência (MS e ME, 2011b). Preconiza-se também a existência de um Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM), composto obrigatoriamente e minimamente por representantes das Secretarias de Saúde e Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais, representantes de políticas e movimentos sociais (MS e ME, 2015).

Quadro 1. Ações obrigatórias do Programa Saúde na Escola.

- **Avaliação antropométrica**
 - Avaliação da saúde bucal
 - Avaliação oftalmológica
- **Promoção da segurança alimentar e promoção da alimentação saudável**
 - Promoção da cultura de paz e direitos humanos
 - Promoção da saúde mental no território escolar
- Saúde e prevenção nas escolas: direito sexual e reprodutivo e prevenção das DSTs/ Aids
- Saúde e prevenção nas escolas: prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas.

Silva (2014) realizou uma avaliação em todos os municípios do Brasil aderidos ao PSE e detectou que 60% dos mesmos possuem articulação com Secretarias de governo e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Além disso, foi encontrado que as ações acontecem prioritariamente no ambiente escolar, sendo que 66% dessas ações são realizadas por Equipes de Saúde da

Família. Com relação à presença de um fluxo de encaminhamento para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de casos de baixo peso e excesso de peso, verificou-se que 70% dos municípios realizam estes encaminhamentos. No que se refere às ações do componente II, a temática mais citada foi a de promoção da alimentação saudável, com destaque para palestras, ações educativas em saúde/grupos, e Dia ou Semana da Alimentação Saudável. Destas ações, 92,1% foram realizadas em parceria com as Equipes de Saúde. Ao se tratar do planejamento das ações, foi encontrado que 59,5% dos Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI) realizaram diagnóstico prévio, e pouco menos de 70% deles se encontraram com regularidade.

Outras políticas, como a Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (MS, 2006b), também estimulam a implementação de ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, como a produção e distribuição de material sobre alimentação saudável para inserção de forma transversal no conteúdo programático das escolas em parceria com as Secretarias estaduais e municipais de Saúde e Educação.

1.5. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E OBESIDADE INFANTIL

Durante o processo de implementação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil no final da década de 80 e início da década de 90, a Atenção Primária à Saúde, denominação mais utilizada nos demais países, passou a ser chamada de Atenção Básica à Saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012). Esta, por sua vez, é caracterizada por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que visam à promoção, proteção e prevenção da saúde; o diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção e redução de danos (MS, 2012). Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade, equidade, continuidade do cuidado e participação

social, e deve ser o contato preferencial dos usuários, de modo a servir como porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (MS, 2012).

Em 1991 foi lançado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e em 1994, na perspectiva de reorganizar a Atenção Básica no país, foi instituída a Estratégia Saúde da Família (ESF), que preconiza um conjunto de ações estruturadas com base no reconhecimento das necessidades da sua população de abrangência, partindo do conhecimento do seu perfil epidemiológico e demográfico. Tais ações são centradas na família e nos seus determinantes socioculturais, ampliando, assim, a assistência à saúde para além das práticas curativas (MS, 2010; OLIVEIRA E PEREIRA, 2013).

Estas características inerentes à ESF dotam o seu serviço de qualidades únicas que a diferenciam dos demais níveis de atenção à saúde (secundário e terciário), pois ao estar em contato permanente com a comunidade a Equipe de Saúde pode se dedicar aos problemas mais frequentes do seu território, os quais se apresentam em fases iniciais, realizando ações de prevenção e promoção da saúde não só nas Unidades Básicas de Saúde, mas também em outros locais da sua área de abrangência, como escolas, asilos, igrejas e espaços comunitários (MS, 2012). Neste contexto, a prevenção e o combate à obesidade infantil se tornam um campo vasto para a atuação da ESF na comunidade, considerando os seus determinantes de saúde e os ciclos de vida. Alguns exemplos dessas ações são: promoção do aleitamento materno exclusivo até 6 meses, e continuado até dois anos de idade ou mais, com a correta introdução dos alimentos complementares; orientação às famílias quanto valorização dos alimentos regionais e redução do consumo de alimentos ultraprocessados e com alto teor sódio, açúcar, gordura saturada e gordura trans e elaboração de oficinas culinárias e hortas nas escolas e na comunidade (JAIME et al, 2011).

Para organização e planejamento dessas ações a ESF pode ainda contar com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde com o intuito de ampliar as ações da Atenção Básica, por meio do apoio de profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuam em conjunto com as Equipes de Saúde no desenvolvimento de projetos para o território, na elaboração de grupos, na discussão de casos, na elaboração de projetos terapêuticos singulares, entre outras ações, de modo a compartilhar saberes e criar responsabilidade mútua de todos os envolvidos (MS, 2010).

1.6. PANORAMA SITUACIONAL DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI

O município de Itapevi encontra-se na região oeste da Grande São Paulo. Possui uma população estimada de 220.250 habitantes (IBGE, 2014b) e conta com 64 escolas municipais, sendo 42 de Ensino Fundamental.

A Rede Básica de Saúde é composta por 9 Unidades de Saúde da Família (USF) e 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Das 42 escolas citadas acima, 16 estão em abrangência de USF, as quais contam em sua totalidade com Pediatra, Agente Comunitário de Saúde (ACS), Ginecologista, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Dentista, Auxiliar de Dentista, Clínico Geral e Médico Generalista. O município não possui NASF.

Em janeiro de 2011 o Programa Recreação pelo Movimento (PRM) do Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP) da Secretaria Municipal de Educação (SME) de Itapevi promoveu a implementação de um projeto denominado “Avaliação do estado nutricional de escolares” (AENE) em todas as 42 escolas.

O AENE foi desenvolvido pelo PRONUT – Programa de Pós Graduação Interunidades de Nutrição Humana Aplicada (FEA/FCF/FSP) da Universidade de São Paulo, em parceria com o Centro de Práticas Esportivas (CEPEUSP),

para capacitar professores de educação física a avaliarem o estado nutricional de seus alunos. A sua implementação no município de São Paulo ocorreu em 2003 (CEZAR, 2005).

O projeto nas escolas municipais de Itapevi contempla as seguintes etapas:

- Fase 1: sensibilização dos escolares por meio de aulas teóricas para estimular sua participação voluntária e despertar o interesse sobre composição corporal, estado nutricional e saúde.
- Fase 2: coleta dos dados de peso e estatura.
- Fase 3: cálculo do IMC e retorno dos resultados aos avaliados e familiares.
- Fase 4: encaminhamento para o Ambulatório de Obesidade Infantil das crianças com obesidade e encaminhamento para o pediatra das crianças com desnutrição.

Segundo os dados do AENE de Itapevi, a prevalência de excesso de peso entre os escolares vem crescendo anualmente.

Em 2013 o município aderiu ao PSE pactuando as ações obrigatórias a serem realizadas em 41 escolas municipais, sendo que destas, 20 oferecem o ciclo 1 do Ensino Fundamental (1º ao 5º ano). A realização destas ações, no entanto, ocorreu de forma pontual, incipiente e não articuladas às Redes de Saúde. Os sistemas do programa¹ não foram alimentados com tais ações e não houve continuidade do GTIM construído inicialmente.

1. O alcance das metas do PSE é monitorado por dois sistemas: e-SUS AB, para os dados do Componente I, e Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle (SIMEC), para os dados dos componentes II e III.

Também em 2013 foi implantado e implementado o Ambulatório de Obesidade Infantil, o qual atende crianças obesas (IMC acima do percentil 97 da curva OMS, 2007) de 6 a 11 anos de idade. Estas crianças são encaminhadas pelas escolas, por meio do projeto AENE, e pelos próprios profissionais da Rede Básica de Saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Sendo o âmbito escolar favorável às práticas de promoção da saúde e controle da obesidade infantil, condição que vem se agravando no município, conforme mencionado anteriormente, faz-se necessário ampliar, potencializar e articular as ações já desenvolvidas nas áreas da Educação e Saúde no sentido de integrá-las aos propósitos do PSE, com vistas à melhoria das condições de saúde e nutrição dos escolares da rede municipal de Itapevi.

3. OBJETIVO GERAL

Avaliar ações de alimentação e nutrição, no âmbito do PSE, com vistas à elaboração de um plano de ação para prevenção e controle da obesidade infantil nas escolas municipais de Ensino Fundamental do município de Itapevi - SP.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar a prevalência de excesso de peso em estudantes do Ciclo I do Ensino Fundamental das escolas municipais;
- Analisar o cardápio fornecido na alimentação escolar;
- Identificar e avaliar as ações de alimentação saudável e nutrição e de atividade física realizadas no âmbito escolar;
- Viabilizar a articulação de ações entre os setores da Saúde e da Educação do município para a construção de um plano de ação em prol da saúde e nutrição dos escolares.

4. METODOLOGIA

O presente estudo se configura em uma pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997) e compreende os seguintes diagnósticos: 1) estado nutricional dos escolares; 2) alimentação fornecida nas escolas; 3) inserção dos temas “alimentação e nutrição” e “atividade física” nas atividades curriculares e extracurriculares, os quais subsidiaram a discussão e elaboração de um plano de ação a partir de encontros realizados com gestores e profissionais das áreas da Saúde e da Educação.

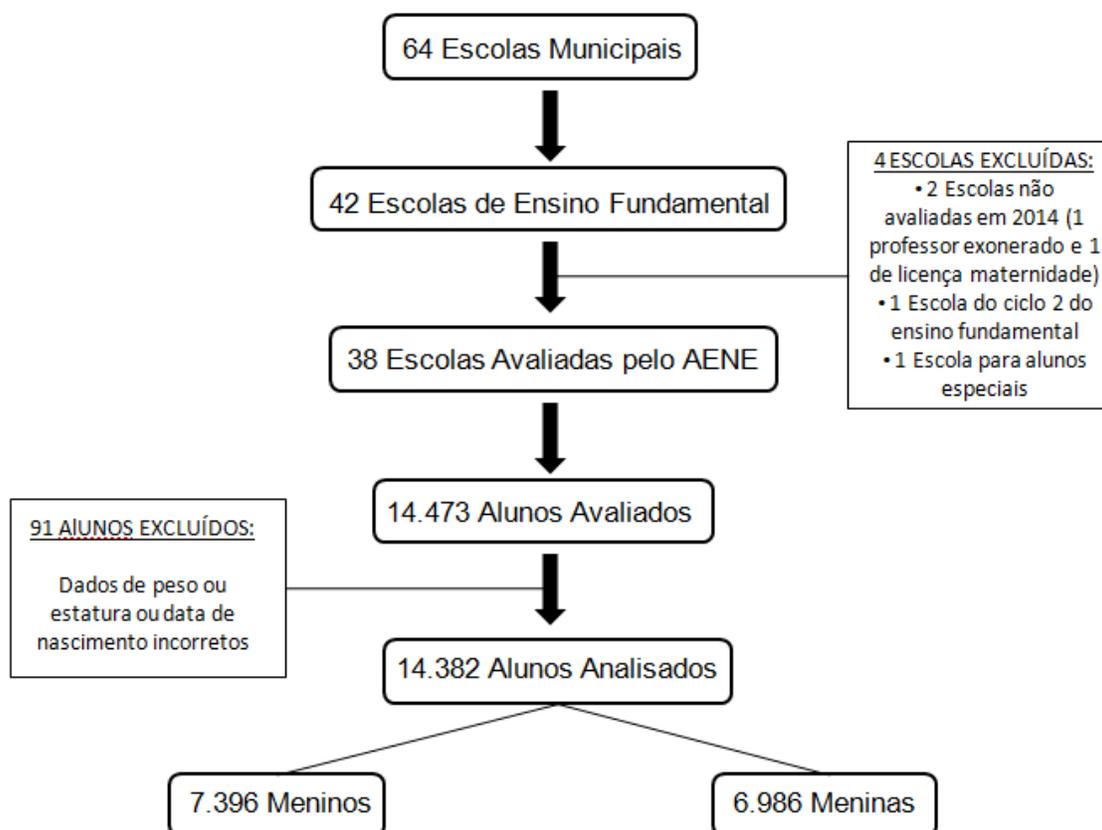
4.1. ESTADO NUTRICIONAL

➤ Origem dos dados

Quarenta e uma escolas compõem o Ciclo I do Ensino Fundamental das escolas municipais de Itapevi. Os dados para classificação do estado nutricional dos estudantes deste Ciclo foram obtidos de planilhas das 38 escolas avaliadas pelo projeto AENE em 2014, incluindo alunos com idade entre 5 e 14 anos. O estado nutricional de 14.382 alunos foi analisado, conforme mostra a Figura 2.

O peso foi aferido em balanças mecânicas Welmy com precisão de 100 gramas e peso máximo de 150 quilos. A coleta foi realizada sem tênis e com roupas leves que não ultrapassavam 500 gramas. Para aferição da estatura, foram construídos 43 estadiômetros com sarrafo aparelhado de 220x5x2 centímetros, desempenadeira e fita métrica. Os mesmos foram afixados em cada escola em parede reta, sem rodapé. A coleta foi feita com a cabeça do aluno em plano horizontal (Plano de Frankfurt); descalços; com as pernas esticadas, com os pés juntos, braços soltos ao longo do corpo e com os tornozelos, glúteos e ombros em contato com a parede.

Figura 2. Fluxograma de escolas e alunos avaliados pelo AENE. Itapevi –SP, 2014.



➤ Análise dos dados

Para cálculo da idade, em anos e meses, foi subtraída a data de nascimento da data de coleta e dividida a diferença de dias por 365,25.

Para cálculo do estado nutricional foram utilizados os pontos de corte de IMC para sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes entre 2 e 18 anos estabelecidos por Cole et al (2000).

As escolas foram distribuídas de acordo com a área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, por meio de um levantamento dos bairros atendidos por cada uma destas Unidades de Saúde (Anexo 1).

4.2. ALIMENTAÇÃO ESCOLAR

Foram avaliados os cardápios fornecidos no desjejum/lanche da tarde e no almoço do primeiro semestre do ano de 2014 (fevereiro a junho). O período analisado se deve à disponibilidade dos dados quando do início do projeto. Ressalta-se que o cardápio da alimentação escolar é o mesmo para todas as escolas de Ensino Fundamental.

Além da consulta aos cardápios, consultou-se também o memorial descritivo dos alimentos e preparações.

A análise qualitativa dos cardápios foi realizada segundo as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira e do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE:

➤ Guia Alimentar Para a População Brasileira

Para análise qualitativa do cardápio, de acordo com as recomendações do Guia Alimentar Para População Brasileira - 2ª Versão (MS, 2014b), foi contabilizado o número total de itens servidos em cada refeição e em seguida calculados os percentuais de participação mensal de cada categoria de alimentos (Quadro 2).

Quadro 2. Categoria de alimentos preconizados pelo Guia Alimentar Para a População Brasileira – 2ª Versão, 2014.

Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados	<p>Alimentos <i>in natura</i> são aqueles obtidos diretamente de plantas ou de animais (como folhas e frutos ou ovos e leite) e adquiridos para consumo sem que tenham sofrido qualquer alteração após deixarem a natureza.</p> <p>Alimentos minimamente processados são alimentos <i>in natura</i> que, antes de sua aquisição, foram submetidos a alterações mínimas. Exemplos incluem grãos secos, polidos e empacotados ou moídos na forma de farinhas, raízes e tubérculos lavados, cortes de carne resfriados ou congelados e leite pasteurizado.</p>
Produtos extraídos de alimentos <i>in natura</i> ou diretamente da natureza	Produtos extraídos de alimentos <i>in natura</i> ou diretamente da natureza e usados pelas pessoas para temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias. Exemplos desses produtos são: óleos, gorduras, açúcar e sal.
Alimentos processados	Produtos fabricados essencialmente com a adição de sal ou açúcar a um alimento <i>in natura</i> ou minimamente processado, como legumes em conserva, frutas em calda, queijos e pães.
Alimentos ultraprocessados	Produtos cuja fabricação envolve diversas etapas e técnicas de processamento e vários ingredientes, muitos deles de uso exclusivamente industrial. Exemplos incluem refrigerantes, biscoitos recheados, “salgadinhos de pacote” e “macarrão instantâneo”.

➤ Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE

Para análise qualitativa do cardápio segundo as recomendações do PNAE (FNDE, 2013; FNDE, 2014), foi verificado por período (desjejum/lanche + almoço) se os cardápios semanais atendem as seguintes recomendações:

- Não fornecimento de refrigerantes e refrescos artificiais, bebidas ou concentrados à base de xarope de guaraná ou groselha, chás prontos para o consumo e outras bebidas similares. As bebidas à base de soja foram incluídas neste grupo pela pesquisadora, como bebidas similares, por serem ricas em açúcar e com baixa quantidade de vitaminas e minerais, assim como as outras bebidas citadas.
- Oferta de, no mínimo, três porções de frutas e hortaliças por semana. Para critério de cálculo foram excluídas as hortaliças utilizadas nas preparações culinárias (Ex: frango com abóbora) e contabilizadas somente as porções individuais do cardápio (Ex: salada de beterraba);
- Oferta de, no máximo, duas porções de doces e preparações doces por semana (110 Kcal/porção). São considerados doces: balas, confeitos, bombons, chocolates e similares; bebidas lácteas sabores diversos; produtos de confeitaria com recheio e/ou cobertura; biscoitos e similares com recheio e/ou cobertura; sobremesas; gelados comestíveis; doces em pasta; geleias de fruta; doce de leite; mel; melaço, melado e rapadura; compota ou fruta em calda; frutas cristalizadas; cereais matinais com açúcar; barras de cereais. São consideradas exceções a esta restrição as seguintes preparações doces: arroz doce; canjica/mungunzá; curau (mingau de milho) e mingau. O achocolatado em pó e o enriquecedor de morango foram incluídos neste grupo pela pesquisadora por serem fontes de açúcar.

4.3. INSERÇÃO DE ATIVIDADES CURRICULARES E EXTRACURRICULARES REFERENTES AO TEMA “ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E NUTRIÇÃO” E “ATIVIDADE FÍSICA” NO AMBIENTE ESCOLAR

Para análise das atividades curriculares e extracurriculares no que se refere aos temas “Alimentação Saudável e Nutrição” e “Atividade Física”, o instrumento de coleta de dados foi constituído de um questionário (Anexo 2) que versou sobre a inserção desses temas no planejamento e execução das atividades pedagógicas, além dos principais atores envolvidos. Foi realizado pré-teste do questionário em uma escola não envolvida na pesquisa.

O questionário foi encaminhado via malote da Secretaria Municipal de Educação – SME para as 40 escolas municipais que oferecem o Ciclo I do Ensino Fundamental (a escola de alunos especiais foi excluída).

Cada questionário foi acompanhado de Termos de Consentimento Livre Esclarecido e de um resumo com a explicação do estudo (Anexos 3 e 4). Foi solicitado que os Diretores e/ou Coordenadores Pedagógicos (e/ou professores, se designados pelos Diretores das escolas) respondessem ao questionário, em prazo previamente estabelecido, e retornassem as respostas à SME. As mesmas foram tabuladas em planilha elaborada no programa Microsoft Excel Starter 2010. As respostas referentes aos fatores facilitadores e limitadores para a inclusão do tema “Alimentação Saudável e Nutrição” no Projeto Político Pedagógico (PPP) das escolas foram categorizadas (Quadro 3), assim como aquelas referentes à prática de esportes e de atividades físicas curriculares e extracurriculares disponíveis nas escolas (Quadro 4).

Quadro 3. Categorias de análise dos fatores facilitadores e limitadores para a inclusão do tema “Alimentação e Nutrição” no Projeto Político Pedagógico.

Fatores Facilitadores para inclusão do tema no PPP
Apoio da Secretaria de Educação Apoio dos Professores e da Equipe Apoio de Nutricionista e Cardápio elaborado Projeto AENE Tema agradável de ser abordado Participação dos pais e comunidade Espaço Físico Outros (opinião própria)
Fatores Limitadores para inclusão do tema no PPP
Falta de recursos materiais na escola Falta de apoio dos familiares Falta de recursos financeiros dos familiares Falta de apoio da comunidade Presença de cantina na escola Outros (opinião própria) Não há fatores limitadores

Quadro 4. Categorias de esportes e atividades físicas curriculares e extracurriculares.

Esportes com bola	Futebol Handball Basquete Vôlei Frescobol Dodgeball
Outros Esportes	Frisbee Bumerangue Slackline Capoeira
Ginástica	Ginástica / Condicionamento físico Ginástica rítmica
Jogos	Jogo de tacos Jogo de estafetas
Atletismo	Atletismo adaptado
Brincadeiras	Pique Bandeira Circuito das estações Paraquedas-Corporativo Projeto Pipa
Outras atividades	Dança Dia do desafio Programa Mais Educação ²

2. O Programa Mais Educação, instituído pela Portaria Interministerial nº 17/2007 e regulamentado pelo Decreto 7.083/10, constitui-se como estratégia do Ministério da Educação para induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular na perspectiva da Educação Integral.

4.4. AÇÕES ARTICULADAS ENTRE AS ÁREAS PÚBLICAS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO.

Após finalização do diagnóstico foram realizados dois encontros de aproximadamente 3 horas com participantes das áreas da Saúde e da Educação para a identificação e discussão das possíveis ações a serem articuladas no âmbito do PSE. Ambos os encontros foram registrados em atas.

➤ 1º Encontro

Para o primeiro encontro foram convidados os Diretores e Coordenadores Pedagógicos que responderam ao questionário referente ao tópico anterior e os trabalhadores das Unidades de Saúde da Família. Os profissionais alocados nas escolas receberam o convite via malote da SME (Anexo 5), e os profissionais alocados nas USFs receberam o convite por meio do Chefe da Unidade, o qual ficou responsável por repassar as informações aos demais trabalhadores e retornar com a lista de interessados (Anexos 6).

Foi realizada uma apresentação, em *PowerPoint*, composta por: breve histórico da situação de saúde no Brasil; resultados encontrados sobre as prevalências de sobrepeso e obesidade nas crianças de Itapevi; alimentação escolar fornecida e inserção dos temas “Alimentação Saudável e Nutrição” e “Atividade Física” no PPP das escolas.

Após apresentação foi proposta uma discussão sobre os resultados encontrados.

➤ 2º Encontro

Para o segundo encontro foram convidados, além dos representantes do primeiro encontro, Coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal de Educação (Anexo 7).

A apresentação já realizada no primeiro encontro foi retomada inicialmente. Em seguida, sugeriu-se uma discussão em grupo de acordo com roteiro previamente estabelecido (Anexo 8), no qual, em linhas gerais, tratava da repactuação do PSE sob a ótica da obesidade infantil com a definição de locais e ações prioritárias a serem executadas, além da composição de Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal – GTIM.

Em seguida foi proposta uma discussão referente à operacionalidade dos sistemas do PSE (alimentação e atualização), considerando a sua viabilidade nas Unidades de Saúde da Família e nas escolas.

Por fim, foi sugerida uma discussão final sobre as possíveis ações a serem incorporadas pelas Equipes de Saúde em sua rotina para controle e prevenção da obesidade infantil.

4.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O protocolo da pesquisa foi aprovado em 12 de março de 2015 pelo Comitê de Ética da Secretaria de Estado da Saúde sob o número 983.048.

5. RESULTADOS

Verifica-se que das 14.382 crianças avaliadas, cerca de 2/3 delas encontravam-se na faixa etária de 7 a 9 anos de idade (Tabela 1). Na Tabela 2 observa-se que a distribuição dos alunos por ano de estudo do Ciclo Fundamental é semelhante em todo o Ciclo, com exceção do 5º ano onde a proporção de alunos é menor.

Tabela 1. Caracterização dos escolares, segundo sexo e faixa etária. Município de Itapevi, SP – 2014.

Faixa Etária (Anos)	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
5 6	1496	20,23	1466	20,98
7 9	5011	67,75	4783	68,47
≥ 10	889	12,02	737	10,55
Total	7396	100,0	6986	100,0

Tabela 2. Caracterização dos escolares, segundo sexo e ano de estudo. Município de Itapevi, SP – 2014.

Ano	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
1º	1417	19,16	1412	20,21
2º	1488	20,12	1460	20,90
3º	1669	22,57	1550	22,19
4º	1675	22,65	1540	22,04
5º	1147	15,51	1024	14,66
Total	7396	100,0	6986	100,0

5.1. ESTADO NUTRICIONAL

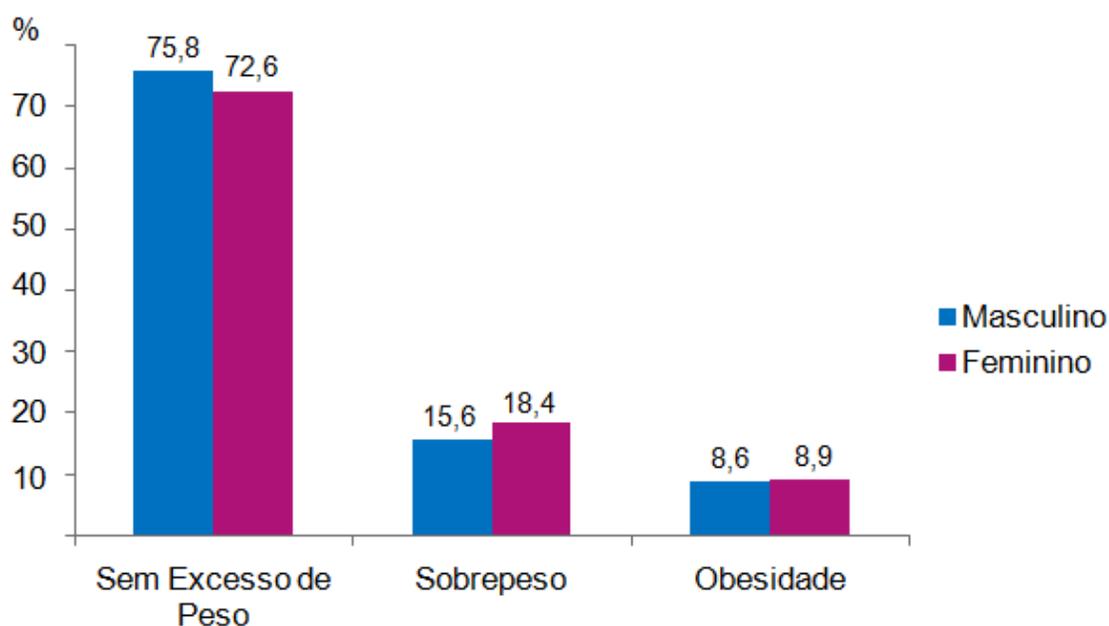
De acordo com a Gráfico 1, verifica-se que cerca de $\frac{1}{4}$ das crianças apresentavam excesso de peso, sendo que aproximadamente 15% dos meninos e 18% das meninas estavam com sobrepeso, enquanto a proporção de obesos, independente do sexo, mostrou-se bastante semelhante, próximo a 9%.

Quanto à faixa etária, a prevalência de sobrepeso mostrou-se crescente em ambos os sexos, embora no grupo feminino num patamar mais elevado (na faixa etária de 10 ou mais anos de idade alcança quase cinco pontos percentuais acima da dos meninos: 21,4% x 16,9%). Já a prevalência de obesidade apresentou-se entre 8,4% e 9,6% nas idades entre 5 e 9 anos,

assumindo valor bem mais reduzido, aproximadamente 6%, entre as meninas mais velhas (Gráfico 2).

Com relação à condição nutricional das crianças por ano de estudo do Ciclo I do Ensino Fundamental (Gráfico 3), observa-se comportamento semelhante à distribuição por faixa etária, conforme esperado. Assim, a prevalência de sobrepeso aumenta a partir do 1º ano de estudo mantendo-se superior entre as meninas. Quando se trata da magnitude da obesidade, conforme verificado anteriormente, esta é menor entre as meninas no último ano do Ciclo I do Ensino Fundamental.

Gráfico 1. Prevalência (%) de sobrepeso e obesidade em escolares, segundo sexo. Município de Itapevi, SP – 2014.



Teste χ^2 para excesso de peso de acordo com o sexo = 19,02 (p < 0,001)

Gráfico 2. Prevalência (%) de sobrepeso e obesidade em escolares, segundo sexo e faixa etária. Município de Itapevi, SP – 2014.

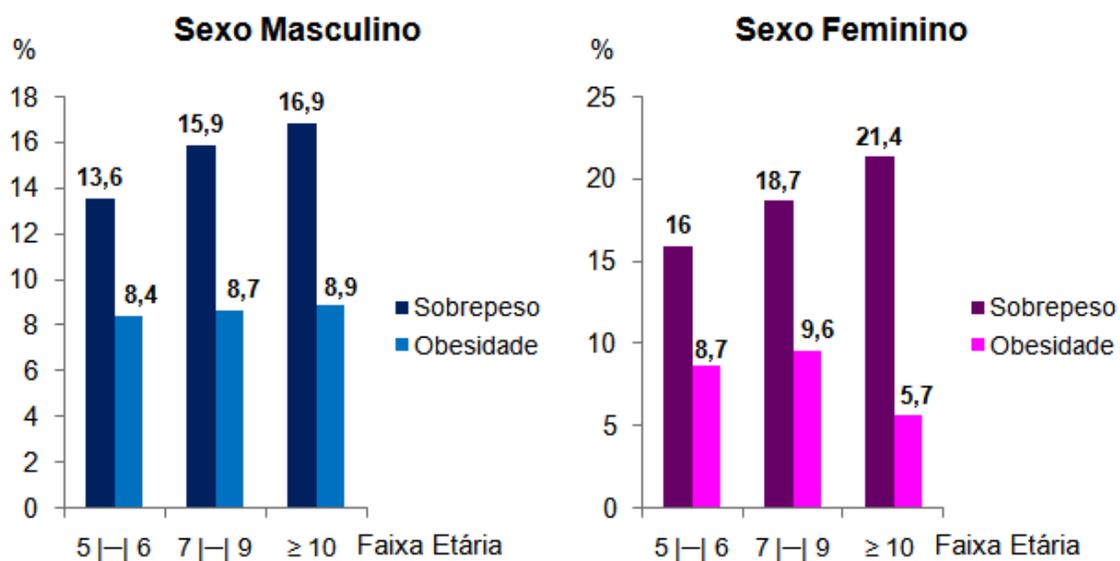
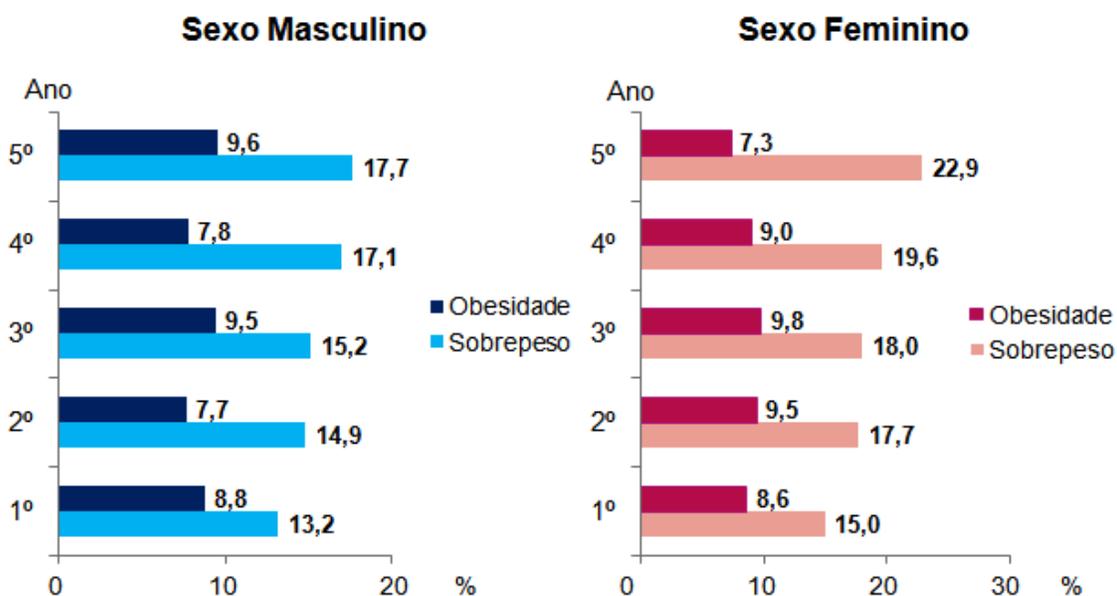


Gráfico 3. Prevalência (%) de sobrepeso e obesidade em escolares, segundo sexo e ano de estudo. Município de Itapevi, SP – 2014.



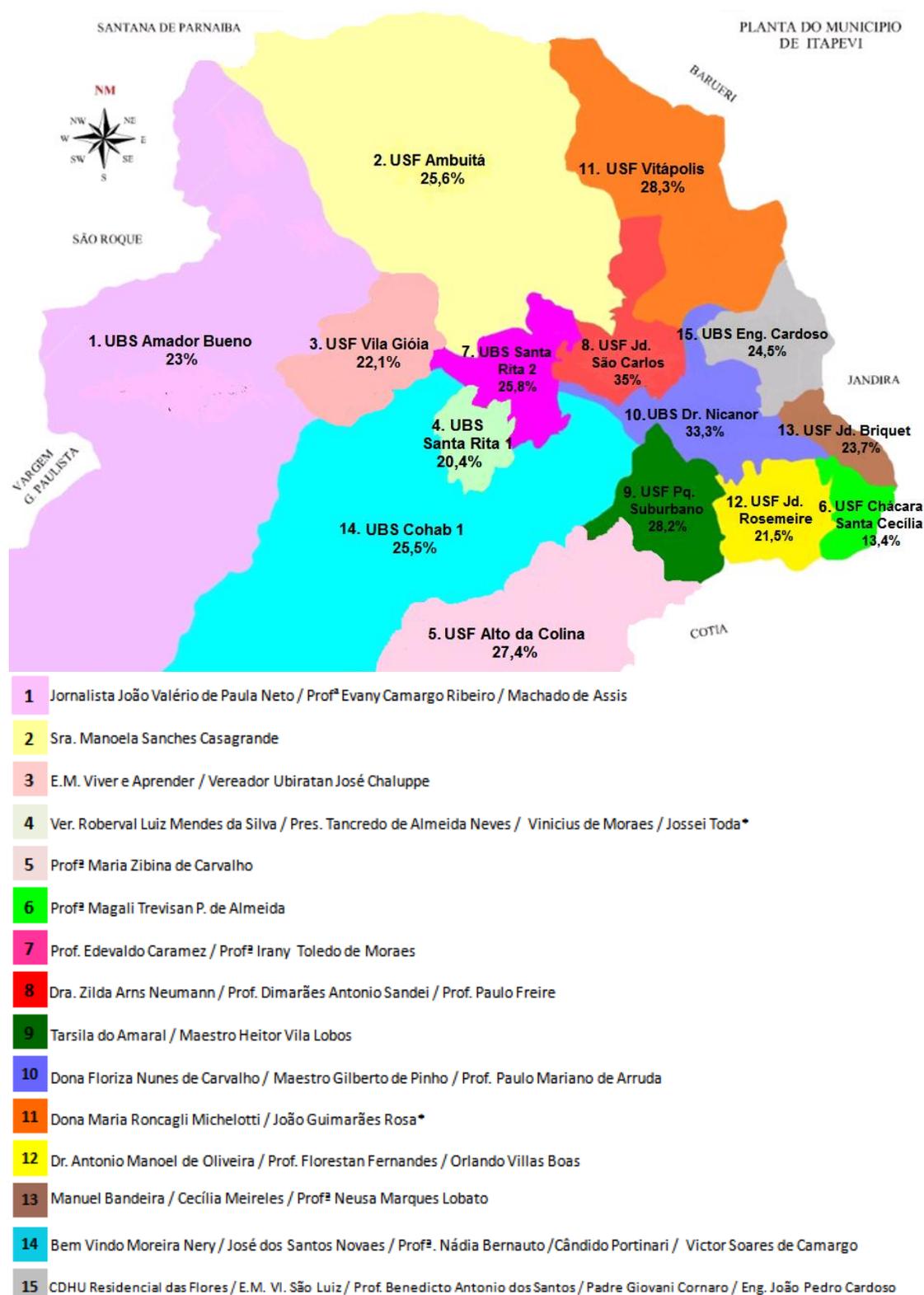
A prevalência de excesso de peso entre os escolares por área de abrangência das Unidades de Saúde (Figura 3) no município de Itapevi variou entre 13,4% e 35%. A USF Chácara Santa Cecília apresenta a menor prevalência e as unidades USF Jardim São Carlos e a UBS Dr. Nicanor, as quais são adjacentes, apresentam prevalências de 35% e 33,3%, respectivamente.

Em relação às Unidades de Saúde não foram observadas diferenças nas prevalências totais de excesso de peso das crianças (25,9%), cujas escolas estão em áreas de abrangência das USF (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência de sobrepeso e obesidade por área de abrangência das Unidade de Saúde. Município de Itapevi, SP – 2014.

Unidade Básica de Saúde	Prevalências								Total
	Sem Excesso de Peso		Sobrepeso		Obesidade		Excesso de Peso		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
UBS Amador Bueno	1034	77,0%	192	14,3%	117	8,7%	309	23,0%	1343
UBS Cohab	1448	74,5%	325	16,7%	171	8,8%	496	25,5%	1944
UBS Dr. Nicanor	995	66,7%	305	20,5%	191	12,8%	496	33,3%	1491
UBS Eng. Cardoso	974	75,5%	209	16,2%	107	8,3%	316	24,5%	1290
UBS Santa Rita 1	664	79,6%	119	14,3%	51	6,1%	170	20,4%	834
UBS Santa Rita 2	615	74,2%	134	16,2%	80	9,7%	214	25,8%	829
Subtotal	5730	74,1%	1284	16,6%	717	9,3%	2001	25,9%	7731
USF Alto da Colina	418	72,6%	107	18,6%	51	8,9%	158	27,4%	576
USF Chácara Santa Cecília	446	86,6%	55	10,7%	14	2,7%	69	13,4%	515
USF Ambuitá	125	74,4%	31	18,5%	12	7,1%	43	25,6%	168
USF Jd. Briquet	803	76,3%	170	16,2%	79	7,5%	249	23,7%	1052
USF Jd. Rosemeire	790	78,5%	150	14,9%	66	6,6%	216	21,5%	1006
USF Jd. São Carlos	776	65,0%	262	22,0%	155	13,0%	417	35,0%	1193
USF Pq. Suburbano	869	71,8%	223	18,4%	119	9,8%	342	28,2%	1211
USF Vila Gióia	443	77,9%	90	15,8%	36	6,3%	126	22,1%	569
USF Vitápolis	259	71,7%	66	18,3%	36	10,0%	102	28,3%	361
Subtotal	4929	74,1%	1154	17,4%	568	8,5%	1722	25,9%	6651
Total	10659	74,1%	2438	17,0%	1285	8,9%	3723	25,9%	14382

Figura 3. Prevalência por excesso de peso de acordo com as escolas e área de abrangência das Unidades de Saúde. Itapevi, 2014.



* Escolas não avaliadas pelo AENE em 2014

5.2. ALIMENTAÇÃO ESCOLAR

As Tabelas 4 e 5 referem-se às análises segundo o Guia Alimentar Para a População Brasileira. Quando analisados os cardápios do desjejum/lanche da tarde (Tabela 4), verifica-se maior participação de alimentos ultraprocessados, seguido de alimentos *in natura* e alimentos processados. Em quase todos os meses analisados os alimentos ultraprocessados representam cerca de 2/3 dos alimentos ofertados. Esta categoria engloba os achocolatados, enriquecedor de morango, bebida láctea, biscoitos, bebida à base de soja, flocos de milho, bolinhos, bisnaguinha, margarina e requeijão. Os alimentos processados são representados pelo pão e pela geleia de frutas sem conservantes. Os alimentos *in natura* ou minimamente processados são representados pelo leite e pelo iogurte de frutas, este último constando no memorial descritivo como alimento sem adição de açúcar e corantes artificiais, adicionado de polpa de frutas.

Tabela 4. Frequência (%) mensal de alimentos no desjejum/lanche da tarde, segundo categorias de alimentos do Guia Alimentar Para a População Brasileira. Município de Itapevi, SP – 2014.

Categorias de Alimentos	Mês				
	Fev (43 itens)	Mar (49 itens)	Abril (46 itens)	Mai (57 itens)	Jun (36 itens)
Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados	23,3	22,4	21,7	21,0	25,0
Óleos, gorduras, sal e açúcar	0	0	0	0	0
Alimentos processados	11,6	8,2	6,5	14,0	2,8
Alimentos ultraprocessados	65,1	69,4	71,7	64,9	72,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Com relação aos cardápios do almoço (Tabela 5), os alimentos *in natura* ou minimamente processados são os de maior participação. Nesta categoria estão incluídos o arroz, feijão, farinhas, verduras, legumes, frutas, suco natural sem adição de açúcar, carnes, peixes, frango e ovos. A categoria de alimentos processados é representada pelo macarrão e a categoria de alimentos ultraprocessados pelo molho de tomate, salsicha e linguiça.

A categoria “produtos extraídos de alimentos *in natura* ou diretamente da natureza” na refeição do almoço não foi incluída na análise, mas considera-se a frequência mensal de 100% por supor a presença do óleo e do sal nas preparações culinárias.

Tabela 5. Frequência (%) mensal de alimentos no almoço, segundo categorias de alimentos do Guia Alimentar Para a População Brasileira. Município de Itapevi, SP – 2014.

Categorias de Alimentos	Mês				
	Fev (108 itens)	Mar (124 itens)	Abril (127 itens)	Mai (137 itens)	Jun (99 itens)
Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados	88,9	88,7	89,8	88,3	88,9
Alimentos processados	3,7	4,0	3,1	2,9	4,0
Alimentos ultraprocessados	7,4	7,3	7,1	8,8	7,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A Tabela 6 refere-se à análise por período (desjejum/lanche da tarde + almoço) realizada de acordo com as recomendações do PNAE. No item “refrigerantes e bebidas similares” verifica-se que houve a oferta de tal bebida em, pelo menos, uma semana de cada mês, sendo o mês de março o de maior frequência. A bebida ofertada no cardápio esteve presente sempre no

desjejum/lanche da tarde, e foi a mesma em todos os meses: bebida à base de soja.

Com relação às frutas e hortaliças, observa-se que, com exceção da primeira e quinta semana de março e terceira semana de junho, as quais tiveram de um a dois dias úteis de aula (emenda e feriado), todos os meses superaram as recomendações de ofertar, no mínimo, 3 porções por semana. Este grupo esteve disponível sempre no almoço. Vale destacar que no mês de maio verifica-se oferta de frutas e hortaliças em todos os dias de aula.

Os doces e as preparações doces ultrapassaram a recomendação máxima de 2 vezes por semana em pelo menos duas semanas de cada mês, sendo o mês de maio o de maior frequência. Todas as preparações foram ofertadas no desjejum/lanche da tarde e consistiram dos seguintes alimentos/bebidas: bebida láctea, cereal matinal com açúcar, geleia, achocolatado e enriquecedor de morango.

Tabela 6. Frequência semanal de alimentos por período, segundo recomendações do PNAE. Itapevi, SP – 2014.

Mês	Nº de dias	Alimentos e Bebidas				
		Refrigerantes e bebidas similares (Proibido)	Frutas (Mínimo 3 pçs/sem.)	Hortaliças	Doces e preparações doces (Máximo 2 pçs/sem.)	
Fevereiro	Semana 1	4	0	3	3	3
	Semana 2	3	1	1	3	1
	Semana 3	4	0	2	4	4
	Semana 4	5	1	3	5	4
Março	Semana 1	2	0	1	1	2
	Semana 2	5	1	3	4	5
	Semana 3	5	1	3	5	3
	Semana 4	5	1	3	5	3
	Semana 5	1	0	0	1	1

Continuação da Tabela 6...

Abril	Semana 1	4	0	3	4	3
	Semana 2	5	1	3	5	4
	Semana 3	3	0	1	3	2
	Semana 4	4	1	3	4	2
	Semana 5	3	0	1	3	2
Mai	Semana 1	5	0	3	5	4
	Semana 2	5	1	3	5	4
	Semana 3	5	0	3	5	4
	Semana 4	5	1	3	5	4
Junho	Semana 1	5	0	3	4	4
	Semana 2	4	1	3	2	2
	Semana 3	2	0	0	2	2
	Semana 4	4	0	2	3	3

5.3. INSERÇÃO DE ATIVIDADES CURRICULARES E EXTRACURRICULARES REFERENTES AOS TEMAS “ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E NUTRIÇÃO” E “ATIVIDADE FÍSICA” NO AMBIENTE ESCOLAR

Para a análise das atividades curriculares e extracurriculares desenvolvidas nas escolas, no que se refere aos temas “Alimentação Saudável e Nutrição” e “Atividade Física” contou-se com a devolutiva dos questionários de 30 das 40 escolas participantes, já considerando uma tentativa adicional de solicitação do retorno do material, totalizando 75% das escolas previstas no estudo (Tabelas 7 e 8).

Em 2014 todas as escolas tiveram o tema “Alimentação Saudável e Nutrição” em suas disciplinas e realizaram atividades referentes ao mesmo para aproximadamente 100% das turmas (1º ao 5º ano). As disciplinas de Ciências, Educação Física e Língua Portuguesa foram as mais citadas, e os temas mais trabalhados foram “Alimentação Saudável”, “Pirâmide Alimentar” e “Higiene dos

Alimentos”. As atividades mais realizadas nas escolas foram “Dia/Semana da Alimentação Saudável”, “Degustação de alimentos”, “Oficina Culinária” e “Palestras”.

Entre as escolas que retornaram o questionário, 24% delas trabalharam com Horta Escolar. Outras atividades como elaboração de cartazes, elaboração de receitas na sala de aula e apresentação de vídeos também foram citadas. Os profissionais responsáveis pela realização das atividades foram, em sua maioria, Professores e Coordenadores Pedagógicos.

Mais de 80% das atividades foram contempladas no Projeto Político Pedagógico (PPP) e mais de 60% das escolas convidaram os pais para participarem destas atividades. Com relação à discussão do cardápio da alimentação escolar com pais e alunos, aproximadamente 82% das escolas responderam positivamente.

Na questão aberta sobre os fatores facilitadores e limitadores para a inclusão do tema “Alimentação Saudável e Nutrição” no PPP, houve retorno de 82% das escolas. Os Diretores e/ou Coordenadores de escolas responderam que os fatores que mais auxiliam a sua inclusão no PPP são o apoio da Secretaria de Educação e dos Professores, a presença de Nutricionista e cardápio elaborado, a existência do Projeto AENE e o fato do tema ser agradável de trabalhar. Embora quase a metade (46%) das escolas não tenha identificado fatores que dificultam a inclusão dos temas no PPP, entre os fatores citados destacam-se a falta de apoio da família e de recursos financeiros da mesma para seguir as orientações dadas na escola. Apenas uma (01) escola citou como dificuldade a presença de cantina, justificando que o espaço físico era compartilhado com uma escola do Estado, sendo a cantina de responsabilidade desta última.

Tabela 7. Inserção do tema “Alimentação Saudável e Nutrição” no Projeto Político Pedagógico das escolas municipais. Itapevi, SP – 2014.

Variáveis	Nº	%
Tema abordado em alguma disciplina		
Sim	30	100,0
Não	0	0,0
Disciplinas		
Língua Portuguesa	18	60,0
Matemática	13	43,3
História	11	36,7
Ciências	26	86,7
Ed. Física	23	76,7
Artes	11	36,7
Geografia	9	30,0
Outras	2	6,7
Temas abordados		
Higiene dos Alimentos	25	83,3
Segurança Alimentar e Nutricional	7	23,3
Guia Alimentar Para População Brasileira	2	6,7
Processos de Nutrição (absorção, digestão, etc)	11	36,7
Pirâmide Alimentar	28	93,3
Alimentação Saudável	30	100,0
Atividade relacionada ao tema		
Sim	30	100,0
Não	0	0,0
Tipo de Atividade		
Dia/Semana da Alimentação Saudável	22	73,3
Degustação de Alimentos	14	46,7
Horta Escolar	7	23,3
Oficina Culinária	10	33,3
Palestra	11	36,7
Outras	7	23,3
Não responderam	1	3,3
Organizador		
Professor	28	93,3
Nutricionista	3	10,0
Merendeira	4	13,3
Equipe Multidisciplinar	5	16,7
Coordenador Pedagógico	20	66,7
Diretor	1	3,3

Continuação da Tabela 7...

Atividade contemplada no Projeto Político Pedagógico (PPP)		
Sim	24	80,0
Não	4	13,3
Não responderam	2	6,7
Pais convidados para atividade		
Sim	18	62,1
Não	11	37,9
Não responderam	1	3,3
Discussão da Alimentação Escolar com pais/alunos		
Sim	24	82,8
Não	5	17,2
Não responderam	1	3,3
Fatores facilidades para inclusão do tema no PPP (n=25)		
Apoio da Secretaria de Educação	7	28,0
Apoio dos Professores e da Equipe	7	28,0
Apoio de Nutricionista e Cardápio elaborado	6	24,0
Projeto AENE	6	24,0
Tema agradável	4	16,0
Participação dos pais e comunidade	2	8,0
Espaço Físico	1	4,0
Outros (opinião própria)	4	16,0
Fatores Limitadores para inclusão do tema no PPP		
Falta de recursos materiais na escola	1	4,0
Falta de apoio dos familiares	8	32,0
Falta de recursos financeiros dos familiares	3	12,0
Falta de apoio da comunidade	1	4,0
Presença de cantina na escola	1	4,0
Outros (opinião própria)	1	4,0
Não há fatores limitadores	11	44,0

A Tabela 8 aborda os esportes e atividades físicas curriculares e extracurriculares desenvolvidos nas escolas em 2014. Verifica-se que aproximadamente 97% das escolas ofereceram a disciplina de Educação Física na grade curricular. Em uma escola a disciplina não foi ministrada devido à ausência de professor especializado. As atividades mais ofertadas foram os esportes com bola (futebol, basquete, vôlei, handball, frescobol e dodgeball);

outros esportes, como slackline, frisbee e bumerangue; ginástica/condicionamento físico e ginástica rítmica; jogos (taco e estafeta) e brincadeiras recreativas, como circuito das estações, paraquedas-corporativo e pique-bandeira. Mais de 92% das escolas realizavam duas aulas por semana de 50 a 60 minutos.

Aproximadamente 79% das escolas disponibilizaram atividades físicas e esportes em períodos extra-aula (incluindo finais de semana). Duas (02) escolas não ofereceram tais atividades por falta de professor especializado, e uma (01) por falta de espaço físico. As atividades e esportes mais citados foram aqueles com bola e os outros esportes (slackline, frisbee, bumerangue e capoeira), ginástica/condicionamento físico e ginástica rítmica; brincadeiras (circuito das estações, paraquedas-corporativo, pique-bandeira e projeto pipa), e outras atividades como dança, Dia do Desafio e Programa Mais Educação. A frequência das aulas era de 1 a 2 vezes na semana por um período de 50 a 60 minutos.

Tabela 8. Esportes e atividades físicas curriculares e extracurriculares disponíveis nas escolas. Itapevi, SP – 2014.

Variáveis	Nº	%
Disciplina de Atividade Física		
Sim	29	96,7
Não	1	3,3
Atividades Oferecidas		
Esportes com bola	24	82,8
Outros esportes	27	93,1
Ginástica	17	58,6
Jogos	13	44,8
Atletismo	7	24,1
Brincadeiras	22	75,9
Outras atividades	0	0,0
Não responderam	1	3,4

Continuação da Tabela 8...

Frequência		
1 aula por semana	1	3,4
2 aulas por semana	27	93,1
Outra	1	3,4
Duração		
50 a 60 minutos	29	100,0
60 a 120 minutos	0	0,0
Atividade física/esporte extracurricular		
Sim	24	80,0
Não	6	20,0
Atividades Oferecidas		
Esportes com bola	13	54,2
Outros esportes	7	29,2
Ginástica	7	29,2
Jogos	1	4,2
Atletismo	1	4,2
Brincadeiras	8	33,3
Outras atividades	3	12,5
Não responderam	6	20,0
Frequência		
1x na semana	11	45,8
2 vezes na semana	8	33,3
3x na semana	2	8,3
Mais de 3x na semana	1	4,2
Outra	2	8,3
Duração		
50 a 60 minutos	22	91,7
60 a 120 minutos	2	8,3

5.4. AÇÕES ARTICULADAS ENTRE AS ÁREAS PÚBLICAS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO

➤ 1º Encontro

O primeiro encontro teve duração de aproximadamente 2h30 horas e contou com a participação de 4 profissionais da área da Educação (3 Diretores e 1 Coordenador Pedagógico) e 16 profissionais da área da Saúde (3 Enfermeiros; 1 Técnico de Enfermagem; 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); 1 Professor e 1 Médico).

Nas discussões sobre os dados apresentados foi relatada a dificuldade que as escolas apresentam em conseguir tratamento para as crianças com obesidade antes da criação do Ambulatório de Obesidade Infantil. Foi reforçada a dificuldade que as escolas, e também a Equipe de Saúde, tem em conscientizar os pais e responsáveis com relação aos hábitos da família e das crianças. Não houve sugestões para o segundo encontro, além dos tópicos apresentados. Ao final das discussões, dez (10) participantes dispuseram-se a estar presentes na etapa seguinte.

➤ 2º Encontro

O segundo encontro teve duração de aproximadamente 3 horas e contou com a participação de 1 profissional da área da Educação (Coordenador Pedagógico Escolar); 15 profissionais da área da Saúde (5 Agentes Comunitários de Saúde; 1 Técnico de Enfermagem; 1 Enfermeira; 2 Médicos; 1 Psicólogo; 1 Coordenadora de Nutrição em Saúde; 1 Chefe de Divisão Tecnológica; 1 Coordenadora da Unidade de Avaliação e Controle; 1 Coordenadora da Atenção Básica e 1 Secretária Adjunta da Saúde) e 1

profissional da área de Esportes e Lazer (Coordenadora do Núcleo de Qualidade de Vida). Não esteve presente nenhum Coordenador da Secretaria Municipal de Educação, pois os mesmos tinham outros compromissos anteriormente agendados para a mesma data.

Durante a discussão do roteiro proposto foram escolhidas 3 USFs prioritárias (1 na região central e 2 em regiões periféricas) para realização das ações do PSE. O grupo não optou por escolher as Unidades de Saúde com base nas prevalências de excesso de peso, mas sim de acordo com equipe e a estrutura existente. A USF Ambuitá foi escolhida por ter uma equipe bem estruturada e por ter boa relação com a diretora da escola de sua abrangência, que também é moradora do bairro. A USF São Carlos foi votada por ser uma unidade recente e engajada com as propostas estabelecidas. Apesar de a mesma ter somente um ACS até o momento, está previsto contratação de mais profissionais. Devido a isto, foi escolhida 01 (uma) dentre as 03(três) escolas de sua abrangência, sendo esta com menor número de educandos. A USF Jardim Rosemeire também foi escolhida por ter uma equipe de trabalho bem estruturada e interessada em ações como as do PSE. Para esta unidade, manteve-se as 3 (três) escolas de abrangência, totalizando, assim, 5 escolas (1709 alunos) prioritárias para proposta de repactuação do PSE.

Com relação às ações de Promoção da Segurança Alimentar e Promoção da Alimentação Saudável a serem realizadas pelas Equipes de Saúde e pelas escolas, com o apoio das Secretarias de Saúde e Educação, optou-se pela potencialização das ações já realizadas por estas escolas, e destacadas nas respostas dos questionários, como, por exemplo, a Horta Escolar. O grupo preferiu não especificar as ações, os profissionais envolvidos e a frequência de realização ao ano por acharem que todas essas questões deveriam ser discutidas pelo GTIM, levando em consideração as especificidades de cada Unidade de Saúde e de cada escola.

No que se refere à composição do GTIM, foram escolhidos os seguintes profissionais da Saúde: Coordenadora da Atenção Básica, Coordenadora de Nutrição, Coordenadora da Unidade de Avaliação e Controle, Coordenador da Saúde da Criança, Psicólogo, Nutricionista e Médico do Ambulatório de Obesidade Infantil.

Devido à ausência de gestores da Secretaria Municipal de Educação foram indicados alguns profissionais que poderiam compor o GTIM: Coordenadora da Alimentação Escolar; Coordenadora Pedagógica e Membros do Núcleo de Apoio Pedagógico, responsáveis pelo Projeto AENE.

Também foi incluída a Coordenadora do Núcleo de Qualidade de Vida da Secretaria de Esportes e Lazer e recomendado que houvesse um representante de cada Unidade de Saúde e de cada escola.

Para inclusão das ações no Projeto Político Pedagógico escolar foi sugerido que as propostas discutidas pelo GTIM deveriam ser previamente apresentadas para o Conselho Escolar.

No decorrer das discussões sobre as causas da não realização do PSE no município foi relatado que a adesão ao Programa ocorreu de forma vertical, sem a devida avaliação da situação existente e da real necessidade de cada região.

Ainda sobre a execução do Programa perguntou-se ao grupo sobre a viabilidade de inclusão e monitoramento das ações nos sistemas existentes para a Saúde (e-SUS AB) e para Educação (SIMEC). Foi relatado que a maior dificuldade, em especial para a área da Saúde, é a falta de recursos humanos para formalização de todas as etapas necessárias para a inclusão das ações no sistema de monitoramento, visto que todas as crianças atendidas nas escolas devem ser cadastradas na Unidade de Saúde de sua abrangência por meio do cartão SUS, além de ser preconizado que aquelas com alterações na: 1 - Avaliação Antropométrica; 2 - Avaliação do estado nutricional; 3 - Aferição de Pressão Arterial; 6 - Triagem de Acuidade Visual e 7 - Triagem da Acuidade

Auditiva devem ser cadastradas em fichas específicas. Sendo assim, para a correta manutenção do sistema deveria ser disponibilizada uma pessoa por Unidade de Saúde para ficar encarregada de alimentar e monitorar o SIMEC.

Sobre outras ações que poderiam ser incorporadas nas rotinas das USFs, junto às famílias e comunidade, para o combate e controle da obesidade infantil, o grupo propôs a montagem de oficinas e reuniões em grupo com as crianças e familiares em espaços livres da comunidade, como, por exemplo, as igrejas. Estas ações seriam previamente organizadas com o suporte das nutricionistas da Secretaria de Saúde, levando em consideração as características da comunidade. Em seguida, os profissionais da Unidade de Saúde, especificamente os ACS, ficariam responsáveis por sensibilizar as famílias a participarem da atividade estabelecida.

Em função da não participação de profissionais da Secretaria Municipal de Educação no segundo encontro, foi realizada uma reunião específica com a Coordenadora da Alimentação Escolar e com o Coordenador do Projeto AENE, com o intuito de discutir o que foi proposto pelo grupo e incluir as sugestões dos mesmos no plano de ação.

Ambos aceitaram fazer parte do GTIM e sugeriram que as ações de Segurança Alimentar e de Alimentação e Nutrição poderiam ser realizadas na fase de devolutiva do AENE, na qual o Professor de Educação Física de cada escola orienta os pais quanto ao estado nutricional de seus filhos e realiza os devidos encaminhamentos para atendimento no Ambulatório de Obesidade Infantil e para o pediatra da Rede de Saúde.

A organização da proposta da devolutiva aos pais fica a critério de cada escola e professor. No entanto, pelas características das escolas selecionadas, os Coordenadores relataram que haveria a possibilidade de organizar um evento específico para esta devolutiva com a inclusão da Equipe de Saúde e de outras ações voltadas aos pais e crianças. Ressaltaram que a proposta das atividades desenvolvidas deverá ser organizada previamente em conjunto com

o Professor de Educação Física e com Coordenador Pedagógico de cada escola, visto que os mesmos conhecem as características da comunidade escolar.

Para que a atividade pudesse contemplar um maior número de famílias, foi proposto que a Unidade de Saúde sensibilizasse a comunidade, por meio de cartazes e outras estratégias, sobre o evento a ser realizado com as famílias dos alunos das escolas especificadas.

Foi sugerida também a inclusão de ações junto às escolas que oferecem o Programa Mais Educação, responsável pela elaboração das Hortas Escolares.

Ainda nesta reunião foi aberto um espaço para a Coordenadora da Alimentação Escolar falar sobre os resultados da avaliação do cardápio, bem como sobre os processos de elaboração e preparação dos mesmos e sugestões para o plano de ação. A nutricionista relatou que a alimentação escolar oferecida nas escolas municipais de Itapevi é realizada por empresa terceirizada contratada por processo licitatório. Tal empresa deve atender aos requisitos de alimentos, preparações, quantidades e freqüências estabelecidas em memorial descritivo. O cumprimento deste contrato deve ser realizado por ambas as partes. Desse modo, fica difícil para a técnica elaborar um cardápio de desjejum/lanche da tarde sem fugir aos alimentos e preparações permitidos. Outra problemática exposta pela profissional está relacionada à diversidade de escolas da rede municipal, sendo umas para pequeno número de crianças e outras para grande número de crianças. Esta condição limita a inclusão de preparações mais complexas, visto que há pouco tempo entre o início da jornada de trabalho das merendeiras e a oferta do café da manhã. No período da tarde ocorre o mesmo, pois há pouco tempo entre o fornecimento do almoço e do lanche da tarde. Nesse sentido, os alimentos incluídos no cardápio devem levar em consideração o tempo hábil de preparo, seja para um número pequeno ou grande de crianças.

Sobre a aquisição de 30% de produtos da agricultura familiar, a nutricionista informou que esta porcentagem é alcançada com o suco de uva natural sem a adição de açúcar, ofertado semanalmente no almoço.

5.5. PLANO DE AÇÃO

O plano de ação enviado aos Secretários Municipais de Saúde e Educação (Anexo 13) é composto por uma descrição do processo do estudo realizado incluindo os resultados encontrados e propostas de mudanças com ações pautadas em 2 eixos: Alimentação Escolar e Programa Saúde na Escola.

Abaixo seguem as propostas dos dois eixos:

➤ Alimentação Escolar

Partindo-se do pressuposto de que a alimentação escolar deve ser considerada uma ferramenta importante para a formação de bons hábitos alimentares entre as crianças e, conseqüentemente, para o controle e combate à obesidade infantil, as mudanças aqui sugeridas estão direcionadas somente para a refeição do desjejum/lanche da tarde e visam aumentar o fornecimento de alimentos *in natura* e minimamente processados, bem como de preparações culinárias, e diminuir o fornecimento de alimentos ultraprocessados. Vale ressaltar que algumas sugestões foram propostas pela Coordenadora da Alimentação Escolar e que as opções descritas levam em consideração as dificuldades relatadas pela profissional responsável por sua elaboração. Caberá à mesma ponderar se essas propostas são pertinentes e viáveis de serem incluídas em um adendo ao contrato atual firmado com a empresa terceirizada

ou se, em último caso, poderão ser incorporadas no próximo processo licitatório para contratação de uma nova empresa.

Seguem abaixo informações sobre a frequência de alimentos e preparações estabelecidos no atual memorial descritivo dos cardápios escolares e as sugestões propostas (Quadro 5):

Quadro 5. Frequência de alimentos e preparações no cardápio do desjejum/lanche da tarde atual e proposta sugerida.

Alimento / Preparação	Frequência atual	Frequência sugerida
Leite Fluído Integral	2 vezes por semana	3 vezes por semana
Bebida Láctea	2 vezes por semana	1 vez por semana
logurte de Frutas	1 vez por semana	1 vez por semana
Achocolatado	1 vez por semana	1 vez a cada 15 dias
Pão tipo bisnaguinha	2 vezes por semana	1 vez por semana
Pão integral	1 vez por semana	1 vez por semana
Biscoitos Doces ou Salgados	1 vez por semana	1 vez a cada 15 dias
Cereal de Milho	1 vez a cada 15 dias	1 vez a cada 15 dias
Bolo simples individual	1 vez a cada 15 dias	1 vez por mês
Geleia de frutas	1 vez por semana	1 vez a cada 15 dias
Margarina	1 vez por semana	1 vez a cada 15 dias
Manteiga	-	1 vez a cada 15 dias
Requeijão	1 vez por semana	1 vez por semana
Frutas	-	2 vezes por semana
Torrada	-	1 vez por semana
Canjica ou Arroz Doce ou Mingau	-	1 vez cada 15 dias
Tapioca	-	1 vez a cada 15 dias

Verifica-se no quadro acima que a proposta é aumentar a frequência de alguns alimentos já incluídos no atual cardápio, e considerados bons, como é o

caso do leite fluído, e em contrapartida reduzir outros alimentos considerados ultraprocessados, como é o caso da bebida láctea.

Alguns alimentos, como a manteiga, são sugeridos para inclusão em alguns dias do cardápio. A manteiga em substituição à margarina, em alguns dias, contribuirá para a redução de alimentos ultraprocessados, visto que a primeira é composta por produtos extraídos de alimentos minimamente processados e da natureza (gordura do leite e o sal), em comparação à segunda, que em sua formulação utiliza estabilizantes, conservantes, entre outros aditivos, caracterizando-a como alimento ultraprocessado.

As preparações culinárias incluídas na proposta, como a tapioca, a canjica, o mingau e o arroz doce também podem servir como substituição ao fornecimento de alimentos ultraprocessados. É importante ressaltar que na preparação das mesmas não sejam utilizados produtos pré-preparados. Além disso, é importante que se realizem testes de aceitabilidade para todas estas preparações inseridas no cardápio.

Com relação às frutas, seria interessante manter as três (03) porções já incluídas no almoço e adicionar mais 02 (duas) porções na refeição do desjejum/ lanche da tarde. No entanto, caso essa proposta não seja viável, uma alternativa será distribuir essas três porções entre estas duas refeições. Como no almoço já é ofertado 02 (duas) vezes na semana o suco natural de uva sem adição de açúcares e conservantes, a fruta *in natura* poderia ser incluída somente 01 (uma) vez nesta refeição, deixando as outras 02 (duas) porções para serem ofertadas no desjejum/lanche da tarde. Esta simples distribuição também contribuirá para a redução de alimentos ultraprocessados. Exemplo: vitamina de fruta x bebida à base de soja.

Especial atenção deverá ser dada à oferta semanal de doces e preparações doces (bebida láctea, geleia de frutas, achocolatado e cereal matinal), de modo que não seja ultrapassada a frequência máxima de duas porções por semana.

➤ Programa Saúde na Escola

O PSE contribui para o desenvolvimento integral das crianças e adolescentes e proporciona à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem Saúde e Educação. Levando em consideração que a adesão no município de Itapevi foi incipiente, frente às recomendações do Programa, a proposta que segue sugere uma repactuação, desde a escolha das escolas prioritárias à construção de um GTIM.

Abaixo, no Quadro 6, contêm as informações do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal proposto:

Quadro 6. Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal - GTIM.

Profissionais da Saúde	Profissionais da Educação	Outros Profissionais
Coordenador da Atenção Básica	Coordenador da Alimentação Escolar	Coordenador do Núcleo de Qualidade de Vida (Secretaria de Esportes e Lazer)
Coordenador de Alimentação e Nutrição	Membro do NAP e do Projeto AENE	
Coordenador da Saúde da Criança	1 representante por escola	
Coordenador da Unidade de Avaliação e Controle		
Psicólogo do Ambulatório de Obesidade Infantil		
Nutricionista do Ambulatório de Obesidade Infantil		
Médico do Ambulatório de Obesidade Infantil		
1 representante por USF		

Levando em consideração as discussões dos encontros, dois (02) projetos foram sugeridos de acordo com as ações já realizadas nas escolas selecionadas (Quadro 7):

- 1) Inclusão da Equipe de Saúde nas atividades da Horta Escolar, desenvolvida em três (03) das cinco (05) escolas selecionadas;
- 2) Inclusão da Equipe de Saúde na fase de devolutiva do Projeto AENE aos alunos e pais, o qual é realizado nas cinco (05) escolas selecionadas. Tal proposta foi sugerida devido ao relato tanto dos profissionais da Saúde quanto dos profissionais da Educação sobre a dificuldade da adesão familiar nas ações realizadas por ambos. Neste sentido, ao aproveitar a presença dos pais nas escolas a Equipe de Saúde poderá desenvolver as ações do PSE, em especial as ações de “Promoção da Segurança Alimentar e Promoção da Alimentação Saudável”, tanto para educandos quanto para familiares.

Quadro 7. Repactuação do PSE: escolas prioritárias, de acordo com Unidades de Saúde e Projetos de Ação.

Escola	Unidade de Saúde	Nº de Alunos	Projetos de Ação
CEMEB Sra. Manoel Sanches Casagrande	USF Jd. Ambuitá	181	- A Família na Escola
CEMEB Dr. Antonio Manoel de Oliveira	USF Jd. Rosemeire	775	- A Família na Escola - Horta Escolar
CEMEB Orlando Villas Boas	USF Jd. Rosemeire	71	- A Família na Escola - Horta Escolar
CEMEB Prof. Florestan Fernandes	USF Jd. Rosemeire	534	- A Família na Escola - Horta Escolar
CEMEB Prof. Dimarães Antonio Sandei	USF São Carlos	148	- A Família na Escola

O papel específico de cada profissional da Saúde e da Educação nas ações propostas não foi estabelecido nas discussões realizadas. Caberá ao

GTIM a organização, junto aos profissionais envolvidos, de todos os detalhes das atividades a serem realizadas. No Quadro 8 segue uma proposta abrangente dos projetos, dos seus objetivos, dos possíveis profissionais envolvidos e dos possíveis recursos materiais e humanos a serem utilizados.

No documento enviado aos Secretários da Saúde e da Educação constam informações sobre as dificuldades para inclusão e monitoramento dos dados nos sistemas específicos (e-SUS AB e SIMEC). Como sugestão para inserção no e-SUS, propôs-se que em cada Unidade de Saúde fosse disponibilizado um funcionário encarregado para essas atividades, ou que estas fossem centralizadas em um único local.

Quadro 8. Especificações dos Projetos de Ação.

Projetos de ação	Objetivos	Quando?	Profissionais das escolas	Profissionais das USFs	Apoio de materiais e recursos humanos
A Família na Escola	Trabalhar o tema da alimentação saudável com os alunos e suas famílias	Inserir as atividades no dia do evento de devolutiva do Projeto AENE para pais e alunos	Coordenador Pedagógico Professores de Educação Física Outros profissionais escolhidos nas discussões do GTIM	Profissionais da Enfermagem ACS Outros profissionais escolhidos nas discussões do GTIM	RH: Nutricionistas da Secretaria de Saúde e Educação Materiais: Guia Alimentar Para População Brasileira – 2ª Versão (Ministério da Saúde)
Horta Escolar	Discutir sobre alimentação e nutrição e higiene dos alimentos com os alunos	Inserir os temas nos dias das atividades do Programa Mais Educação	Coordenador Pedagógico Professores do Programa Mais Educação Outros profissionais escolhidos nas discussões do GTIM	Profissionais da Enfermagem ACS Outros profissionais escolhidos nas discussões do GTIM	RH: Nutricionistas da Secretaria de Saúde e Educação Materiais: Manual para escolas – Horta (Ministério da Saúde)

6. DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nas escolas públicas do Ciclo I do Ensino Fundamental de Itapevi – SP mostram que o excesso de peso está presente em ¼ dos escolares (17% de sobrepeso e 8,9% de obesidade). Em outros estudos realizados no país, com escolares de faixa etária similar, e que utilizaram o mesmo critério de diagnóstico nutricional, observa-se prevalências de excesso de peso semelhantes às do município estudado. Corso et al (2012) realizaram um estudo transversal de base populacional em 4.964 estudantes de 6 a 10 anos de idade de escolas públicas e privadas de oito municípios do Estado de Santa Catarina e encontraram que 15,4% das crianças estavam com sobrepeso e 6,1% com obesidade. Outro estudo realizado com 452 estudantes entre 6 e 10 anos de idade de uma escola privada de Brasília encontrou prevalências de 16,8% de sobrepeso e 5,3% de obesidade (GIUGLIANO E CARNEIRO, 2004). Mello et al (2010) avaliaram 356 crianças da mesma faixa etária de escolas públicas municipais da região urbana de Marialva (Paraná) e encontraram prevalências de 20,2% de sobrepeso e 7% de obesidade.

Outros estudos em que os critérios para classificação do estado nutricional foram as curvas da Organização Mundial de Saúde (2007), as prevalências de excesso de peso encontradas ficam entre 24% e 31%. Ribas e Silva (2014) avaliaram crianças e adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de Belém (Pará) e encontraram prevalência de 12,4% de sobrepeso e 19% de obesidade nas crianças de 6 a 10 anos de idade. Souza et al (2014) ao avaliarem 1187 crianças e adolescentes de 6 a 14 anos de idade de escolas públicas (urbanas e rurais) de Divinópolis (Minas Gerais) detectaram que o excesso de peso estava presente em 31,4% da população.

Estudos apontam consequências mais imediatas da obesidade em crianças como, por exemplo, a maturação sexual precoce entre as meninas e

tardia entre os meninos (SOLORZANO e McCARTNEY, 2010), a maior probabilidade para o desenvolvimento de problemas ósseos, problemas respiratórios (apneia e asma) e problemas psicológicos, como depressão, rejeição corporal e insegurança, além de maior probabilidade para desenvolvimento de fatores de risco cardiovasculares, como elevação da pressão arterial e das concentrações de gorduras no sangue (FELDMAN et al, 2009; CDC, 2015). Como consequências tardias da obesidade, as crianças apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de Diabetes *mellitus*; doenças cardiovasculares, como infarto e acidente vascular cerebral; cânceres e doenças articulares (CDC, 2015).

Sabe-se que fatores ambientais, como maior acesso a alimentos calóricos e de baixo teor nutricional e menor acesso a alimentos saudáveis, podem contribuir para a formação de um ambiente obesogênico (BRUG et al, 2008). Estudos têm relacionado maior risco de obesidade e IMC elevado em crianças e adolescentes que moram em áreas com maior concentração de restaurantes *fast food* (CORRÊA et al, 2015).

No presente estudo os dados de excesso de peso de acordo com as áreas de abrangência das Unidades de Saúde mostram prevalências de maior magnitude na região central do município, local onde há maior oferta de restaurantes *fast food* e lojas de conveniência.

Diante deste crescente problema mundial, as Políticas Públicas e intervenções voltadas para o controle e combate da obesidade são de grande importância. No contexto da obesidade infantil, as ações focadas na comunidade e no ambiente escolar tendem a impactar na saúde das crianças e de seus familiares (WHO, 2012). Estratégias que favoreçam a adoção de hábitos saudáveis, como alimentação balanceada e prática de atividade física, têm obtido bons resultados. Estudo de revisão sistemática conduzido por Jaime e Lock (2009) sobre políticas de Alimentação e Nutrição desenvolvidas em escolas dos Estados Unidos da América e da Europa encontrou evidências de

boa qualidade sobre impacto dos Guias Alimentares no cardápio fornecido aos alunos, em especial na redução de gorduras totais e saturadas e aumento de frutas e verduras.

Outro programa de intervenção realizado em escolas americanas, no qual diversas ações foram implantadas (auto avaliação das escolas com relação à alimentação e atividade física; educação nutricional para funcionários e alunos; mudanças na alimentação escolar; propaganda e marketing sobre alimentação saudável dentro das escolas e sensibilização dos pais por meio de encontros e *workshops*) obteve redução significativa na incidência e prevalência de sobrepeso e no tempo inativo e gasto com TV após 2 anos do início do programa (FOSTER et al 2008).

No Brasil, revisão sistemática realizada sobre intervenções de promoção da prática de atividade física e/ou alimentação saudável entre escolares encontrou como resultados mais reportados a mudança nos hábitos alimentares, principalmente no que se refere à redução de alimentos de alto valor calórico (refrigerantes, bolachas recheadas e suco artificial) e aumento do consumo de alimentos saudáveis, como frutas e verduras (SOUZA et al, 2011). Quando combinadas as intervenções de atividade física e educação nutricional, em comparação com as intervenções isoladas, os resultados se mostraram ainda mais significativos na redução da massa corporal (FRIEDRICH et al, 2012).

No que se refere à alimentação escolar, muito estudos trabalham com a análise da adequação do cardápio segundo as recomendações nutricionais propostas pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), órgão responsável por gerenciar o PNAE. Pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Nutricionistas (4ª Região) em 301 escolas estaduais do Rio de Janeiro encontrou que 76% dos cardápios oferecidos no dia da visita não atendiam ao princípio da harmonia e 52% não atendiam ao princípio da adequação. Apenas 13% das escolas atendiam à determinação do FNDE de

oferecer, no mínimo, três porções de frutas e hortaliças por semana; 42% ofereciam doces de um a dois dias por semana e 4% de três a cinco dias; 36% utilizavam enlatados para o preparo das refeições mais de uma vez por semana e 25% ofereciam refresco artificial aos alunos (CRN4, 2013). Martinelli et al (2014) ao caracterizarem a composição dos cardápios escolares, segundo recomendações do PNAE e do Guia Alimentar Para a População Brasileira (1ª Versão) da rede pública de ensino de três municípios da Região Sul do Brasil encontraram baixa oferta de feijão, leite e frutas *in natura*, sendo que dos vinte dias analisados, estas estiveram presentes em um (01) dia do cardápio do Rio Grande do Sul, em três (03) dias do cardápio de Santa Catarina e cinco (05) dias do cardápio do Paraná.

Dentre as recomendações propostas pelo PNAE/FNDE nos cardápios escolares estão: o não fornecimento de refrigerantes e refrescos artificiais, bebidas ou concentrados à base de xarope de guaraná ou groselha, chás prontos para o consumo e outras bebidas similares; a oferta semanal de, no mínimo, três porções de frutas e hortaliças e a oferta máxima de duas porções de doces e preparações doces por semana. No presente estudo, a análise qualitativa do cardápio escolar do primeiro semestre de 2014 do Ciclo I do Ensino Fundamental revelou o atendimento de somente uma (01) das três recomendações, a do fornecimento de frutas e hortaliças, embora as mesmas sejam servidas sempre no almoço.

As bebidas proibidas, representadas no cardápio analisado pelas bebidas à base de soja, e os doces e preparações doces estiveram presentes sempre no desjejum/lanche da tarde em todos os meses analisados. Apesar de a legislação vigente não descrever claramente tal bebida como proibida, optou-se por incluí-la nesta categoria por se tratar de fonte de açúcares e aditivos. Ao consultar as tabelas nutricionais de diversas marcas de bebidas à base de soja, constata-se que um copo de 200 mililitros desta bebida pode chegar a ter 24

gramas de açúcares em sua composição, medida equivalente a, aproximadamente, 1 colher de sopa de açúcar.

As bebidas adoçadas têm menor poder de saciedade, comparadas aos alimentos sólidos, e contêm açúcares como únicas fontes de caloria, o que pode contribuir para o aumento da ingestão calórica diária, as quais, se não ajustadas ao gasto energético, podem contribuir para o ganho excessivo de peso ao longo da vida (WHO, 2015c). Estudo de coorte realizado com crianças dos 2 aos 5 anos de idade encontrou maior risco de IMC elevado entre crianças de 4 a 5 anos de idade que consumiam regularmente bebidas adoçadas, comparadas aquelas que não consumiam (DEBOER et al, 2013).

No que se refere aos doces e as preparações doces foram incluídos nesta categoria o achocolatado e o enriquecedor de morango, visto que nas suas composições o primeiro ingrediente da lista, e conseqüentemente o ingrediente presente em maior quantidade, é o açúcar. Os demais produtos citados na legislação e presentes no cardápio são a bebida láctea, o cereal matinal e a geleia. Esta categoria ultrapassou o limite permitido em, pelo menos, duas semanas de todos os meses analisados, denotando não concordância com a legislação vigente.

Para além das recomendações do PNAE/FNDE a pesquisa também traz uma metodologia de avaliação do cardápio em consonância com as diretrizes atuais do Ministério da Saúde. O Guia Alimentar Para a População Brasileira (MS, 2014b) traz em sua nova versão recomendações para a escolha dos alimentos que são pautadas em quatro categorias definidas de acordo com o tipo de processamento empregado em sua produção: alimentos *in natura* ou minimamente processados, produtos extraídos de alimentos *in natura* ou diretamente da natureza, alimentos processados e alimentos ultraprocessados.

Seguindo tal categorização verificou-se que na média dos meses analisados a refeição do desjejum/lanche da tarde é composta de 68,7% de alimentos ultraprocessados, seguido de 22,7% de alimentos *in natura* ou

minimamente processados e 8,6% de alimentos processados. Já no almoço a relação dessas categorias apresentou-se invertida, sendo os alimentos *in natura* e minimamente processados a base da refeição (88,9%), seguido de 7,6% de alimentos ultraprocessados e 3,5% de alimentos processados. Tal diferença pode ser justificada pelo fato de no almoço o cardápio proposto ser baseado em preparações culinárias que levam em sua composição alimentos *in natura* e minimamente processados, diferente do desjejum/lanche da tarde que contempla em seu cardápio alimentos prontos para consumo, como achocolatado, enriquecedor de morango, bebida láctea, biscoitos, bebidas à base de soja, cereais de milho, bolinhos, bisnaguinha, margarina e requeijão.

Diante de tais resultados se faz necessário propor mudanças na composição do desjejum/lanche da tarde com o objetivo de proporcionar às crianças maior acesso aos alimentos *in natura* e às preparações culinárias. Pequenas modificações realizadas na alimentação escolar podem contribuir, a longo prazo, para a redução da obesidade infantil no município, não só pela oferta de uma alimentação saudável em si, mas também por considerar que as experiências vividas pelas crianças nas escolas podem ser levadas ao núcleo familiar (ACCIOLY, 2009).

No presente estudo buscou-se considerar a realidade local do município de Itapevi e as dificuldades existentes relatadas pela profissional responsável pela elaboração do cardápio. Nesse sentido, as propostas visaram o aumento de alimentos já fornecidos semanalmente e considerados bons, como o leite e as frutas, bem como a redução de alimentos ultraprocessados e inclusão de preparações culinárias. No caso das frutas orientou-se que as 3 unidades já incluídas semanalmente fossem inicialmente distribuídas entre as refeições do almoço e do desjejum/lanche da tarde, pois apesar de o número de porções ser mantido, a simples oferta de frutas no café da manhã poderá contribuir para a redução de alimentos ultraprocessados. Exemplo: vitamina de fruta x bebida à base de soja.

A inclusão da manteiga em substituição à margarina, em alguns dias da semana, visou contribuir para a redução de alimentos ultraprocessados, visto que a primeira é composta por produtos extraídos de alimentos minimamente processados e da natureza (gordura do leite e o sal), em comparação à segunda, que em sua formulação utiliza estabilizantes, conservantes, entre outros aditivos, caracterizando-a como alimento ultraprocessado.

As preparações culinárias incluídas na proposta, como a tapioca, a canjica, o mingau e o arroz doce também podem servir como substituição ao fornecimento de alimentos ultraprocessados.

Apesar das dificuldades quanto ao contrato fechado com a empresa terceirizada, responsável pela alimentação escolar, algumas propostas mostram-se viáveis de serem incluídas na atual gestão, como é o caso do remanejamento inicial das frutas entre os cardápios do almoço e do desjejum/lanche da tarde, e as trocas nas proporções de alguns alimentos já ofertados, como, por exemplo, aumento do leite fluido e redução da bebida láctea e das bebidas à base de soja. Caberá ao profissional responsável pela elaboração dos cardápios ponderar se essas propostas poderão ser incluídas em um adendo ao contrato atual firmado com a empresa terceirizada ou se, em último caso, poderão ser incorporadas no próximo processo licitatório para contratação de uma nova empresa.

Sobre a adesão do PSE no município, verifica-se a grande fragilidade com que o mesmo foi implementado. O programa preconiza que inicialmente seja criado um Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM), composto obrigatoriamente e minimamente por representantes das Secretarias de Saúde e Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais, representantes de políticas e movimentos sociais (MS e ME, 2015). Fica a encargo do GTIM definir as escolas que serão atendidas no âmbito do PSE; possibilitar a integração das escolas com as equipes de saúde; apoiar, garantir e qualificar a execução das metas assinadas no termo de compromisso; articular a inclusão

dos temas propostos pelo programa no projeto político pedagógico das escolas; apoiar e garantir o preenchimento dos sistemas de monitoramento do programa; participar do planejamento da Educação Permanente e propor estratégias para cooperação entre estados e municípios, garantindo o recebimento e utilização por parte da Atenção Básica dos materiais enviados pelos Ministério da Educação (MS e ME, 2015). As ações de saúde devem ter início muito antes da parte prática em si. É necessário e importante que os educandos sejam preparados sobre as ações que serão desenvolvidas, e não somente avisados, de maneira que a atividade tenha sentido e esteja relacionada com o momento pedagógico ou com o conteúdo que os alunos estão trabalhando (MS e ME, 2015).

Fica claro que para o alcance dos objetivos propostos é essencial a prática cotidiana da intersectorialidade nos campos da gestão e do planejamento para uma adequada abordagem nos territórios onde se encontram as unidades escolares e as Equipes de Saúde.

Em Itapevi verifica-se a falta da articulação intersectorial desde a adesão do programa. É perceptível no discurso dos profissionais o descontentamento com a forma verticalizada em que ocorreu o processo de pactuação, sem a devida avaliação da situação existente e sem a devida sensibilização e participação na tomada de decisão dos profissionais das áreas da Saúde e Educação. Sabe-se que a troca de saberes e o diálogo participativo dos profissionais na tomada de decisões agregam valores e significados para cada um, o que gera resultados mais expressivos e duradouros. Somado ao processo pelo qual o Programa foi aderido, o município passou por diversas alterações na gestão da Secretaria de Saúde ao longo do presente mandato, com constante troca de Secretários e Coordenadores, o que contribuiu ainda mais para a fragmentação do GTIM, que frente a tais mudanças ficou sem incentivo e apoio da gestão superior.

Com um grupo de trabalho fragilizado e sem apoio dificilmente as ações pactuadas seriam realizadas de forma articulada, assim como dificilmente essas ações seriam incluídas nos sistemas de monitoramento

Em pesquisa realizada por Silva (2014) em todos os municípios aderidos ao PSE verifica-se que a implementação do Programa por meio de um diagnóstico inicial da situação existente ocorreu em 59,54% dos municípios, e pouco menos de 70% dos GTIM se encontraram com regularidade (frequências inferiores a reuniões trimestrais), indicando que cerca de um terço dos grupos são pouco atuantes e com baixa periodicidade de atividades.

Embora a realidade da implementação do PSE no município de Itapevi tenha se mostrado ainda incipiente frente ao preconizado pelo Programa, constata-se o grande potencial das escolas municipais para o alcance destas ações compartilhadas, visto as atividades já realizadas e incluídas nos Projetos Políticos Pedagógicos das mesmas. Os temas de Alimentação Saudável e de Nutrição estiveram presentes em disciplinas de todas as escolas analisadas, equivalente a 75% das escolas municipais que oferecem o Ciclo I do Ensino Fundamental, assim como atividades referentes a este tema foram realizadas em todas elas, com destaque para o Dia/Semana da Alimentação Saudável, Degustação de Alimentos, Oficina Culinária, Palestras e Horta Escolar. Embora tais temas estejam inseridos principalmente em disciplinas como Português e Ciências, há ainda vasta possibilidade de inserção destes em disciplinas afins como História, Geografia e Artes, cuja abordagem poderia ser ampliada para aspectos socioculturais e ambientais da alimentação.

A disciplina de Educação Física também constava no currículo de quase a totalidade das escolas, sendo que 80% destas ofereceram atividades físicas e esportes extracurriculares. Tais achados apontam a potencialidade dessas escolas para o combate e prevenção à obesidade infantil.

Cabe ressaltar que, independentemente do PSE, as atividades de Alimentação Saudável e Nutrição estavam incluídas em 80% dos Projetos

Político Pedagógicos das escolas. Tal achado difere do dado encontrado por Silva (2014), no qual as ações de promoção da alimentação adequada e saudável claramente não estavam incorporadas às atividades do currículo escolar, sendo apresentadas e discutidas de maneira pontual, com baixa frequência e com abordagens pouco ativas, como no caso das palestras.

Ao longo da pesquisa verificou-se também a inclusão de outros Programas na rede municipal de Itapevi. O Programa Mais Educação, instituído pela Portaria Interministerial nº 17/2007 e regulamentado pelo Decreto 7.083/10, constitui-se uma estratégia do Ministério da Educação para induzir a ampliação da jornada escolar e organizar o currículo na perspectiva da educação integral. As escolas que aderem ao Programa desenvolvem projetos de atividades em diversos campos da pedagogia: educação ambiental; esporte e lazer; direitos humanos em educação; cultura e artes; cultura digital; promoção da saúde; comunicação e uso de mídias; investigação no campo das ciências da natureza e educação econômica (ME, 2007). No município de Itapevi as atividades da Horta Escolar são realizadas pelo Programa Mais Educação.

Sobre a avaliação do estado nutricional dos escolares, Silva (2014) constata que cerca de metade dos municípios informaram que a ação já era realizada nas escolas antes do PSE ser executado. No entanto, nem todas analisavam o estado nutricional das crianças e, portanto, não davam o seguimento da ação em si. Em Itapevi observa-se boa implementação do Projeto AENE, o qual vem sendo realizado em todas as escolas de Ensino Fundamental do município desde 2011. Apesar de os pontos de cortes utilizados (adequação da % de IMC) não serem os preconizados pelo Ministério da Saúde, os resultados obtidos anualmente servem como termômetro da situação existente. No escopo do projeto as crianças detectadas com desnutrição ou obesidade devem ser encaminhadas para acompanhamento das Unidades de Saúde, assim como preconizado pelo PSE. Até início de 2013 não

havia retorno para essa demanda das escolas e o projeto não era finalizado adequadamente. Pensando nesta necessidade, a Secretaria de Saúde formulou o Ambulatório de Obesidade Infantil, constituído por endocrinologista, nutricionista e psicólogo, com apoio da Secretaria de Esportes e Lazer, a qual disponibiliza esportes e aulas de ginástica e condicionamento físico para as crianças encaminhadas. Com a implementação do mesmo criou-se um vínculo entre áreas da Saúde e da Educação.

Outro dado importante deste estudo foi o relato, tanto dos profissionais das escolas quanto dos profissionais das Equipes de Saúde, sobre as dificuldades em incluir as famílias nas atividades desenvolvidas. Estudos têm demonstrado a dificuldade de envolver os pais no tratamento da obesidade infantil, seja pela falta de reconhecimento que a mesma é um problema de saúde com graves consequências, seja pela falta de percepção de que seus filhos estão acima do peso (STORY et al, 2002; TENORIO E COBAYASHI, 2011). Como sugestão houve a proposta de sensibilização da comunidade pela Equipe de Saúde para as ações realizadas nas escolas da sua área de abrangência, assim como realização de ações voltadas para a família dentro dos espaços coletivos do bairro, como as igrejas. Pensando nesta lógica da detecção de problemas locais e necessidade de ações mais amplas e focadas, constata-se que a presença de NASF no município contribuiria para a qualificação das ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde em sua comunidade, visto que a atuação intersetorial e interdisciplinar junto às mesmas para a promoção e prevenção da saúde é uma das atribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (MS, 2010).

Ainda na perspectiva de melhorar a inserção da família nas ações realizadas pela Saúde e pela Educação, foi sugerido como um dos projetos do plano de repactuação do PSE a inclusão das Equipes de Saúde na fase de devolutiva do Projeto AENE aos escolares e seus responsáveis. Neste sentido, além de retornar a estes o estado nutricional de seus filhos e entregar, quando

necessário, os devidos encaminhamentos ao Ambulatório de Obesidade Infantil e ao Pediatra, poderiam ser realizadas ações de promoção da segurança alimentar e promoção da alimentação saudável às crianças e aos seus familiares.

Analisando todas as propostas feitas nas reuniões, verifica-se que apesar de os projetos irem ao encontro da realidade do município, não foi possível detectar o papel específico de cada profissional da Saúde e da Educação no escopo de cada um deles. Mesmo diante da sensibilização e das discussões, observa-se a dificuldade dos mesmos em explorar as possibilidades de atuação dentro das escolas. No segundo encontro, em que por motivos diversos não foi possível contar com os Coordenadores da Secretaria de Educação, delimitou-se as escolas e as áreas de abrangência das Unidades de Saúde, sem especificar as ações a serem realizadas. Já no terceiro encontro, agendado especificamente com estes Coordenadores que estiveram ausentes, pôde-se aprofundar um pouco mais as ações para a realidade de cada escola, sem, no entanto, aprofundar o papel de cada profissional na realização das mesmas. Consequentemente, os dois projetos do plano ficaram mais abrangentes. Talvez pelo fato de não ter ocorrido uma conversa mais direta entre esses profissionais é que se perdeu a oportunidade de explorar e aprofundar mais o plano de ação. Caso o mesmo venha a ser implementado nas escolas, caberá ao GTIM aprofundar essa discussão com todos os profissionais envolvidos.

Em suma, apesar das dificuldades expostas, o presente estudo, ao avaliar a situação existente no município e propor mudanças considerando as opiniões e sugestões dos profissionais das áreas da Saúde e Educação, já inicia um processo de intervenção na realidade existente. Envolver diversos saberes na construção de um plano de ação compartilhado, mostra-se, por si só, uma iniciativa potencialmente favorável à sua implementação. Segundo Sato (2008), o simples fato de formular perguntas e convidar os participantes à reflexão é

uma forma de intervenção. Quando perguntamos e levamos o outro a pensar já estamos intervindo, e não somente pesquisando.

Algumas limitações do presente estudo devem ser consideradas:

- Avaliação das ações de Alimentação Saudável, Nutrição e Atividade Física por meio de questionário auto respondido, sem observar diretamente nas escolas as informações relatadas;

- Programação de apenas dois encontros em prol do plano de ação. Talvez se pudesse ter sido projetado um terceiro encontro articulado entre as áreas da Saúde e da Educação, a proposta teria sido mais aprofundada.

7. CONCLUSÃO

O excesso de peso dos escolares do Ensino Fundamental das escolas públicas do Município de Itapevi alcança 1 em cada 4 crianças.

A alimentação escolar atende boa parte dos requisitos da legislação para o fornecimento de frutas e hortaliças e apresenta participação satisfatória de alimentos *in natura* e minimamente processados, bem como de preparações culinárias na refeição escolar correspondente ao almoço. No entanto, os alimentos ultraprocessados representam a maior parte do cardápio do desjejum/lanche da tarde, sendo que nesta refeição a oferta de bebidas de baixo teor nutricional, doces e preparações doces estão acima do recomendado na legislação.

Os temas da Alimentação Saudável e Nutrição estão inseridos nos Projetos Políticos Pedagógicos das escolas, mas podem ser aprimorados considerando a amplitude dos diferentes aspectos que os mesmos podem alcançar. Constatou-se, também, por meio dos relatos de profissionais das áreas da Saúde e Educação a dificuldade de adesão às ações previstas pelas escolas e pelas Unidades de Saúde por parte das famílias dos escolares.

Nos encontros articulados entre as áreas da Saúde e Educação foi construído um plano de ação pautado em dois eixos: sugestões para melhoria da alimentação escolar e projeto piloto de repactuação do PSE para 5 escolas (1709 alunos), cuja áreas de abrangências envolvem 3 Unidades de Saúde da Família.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Combater e controlar a obesidade infantil requer esforços de diversas áreas e setores. A Escola, ao propiciar experiências e trocas de saberes, mostra-se um ambiente potencialmente favorável para a formação de hábitos de vida saudáveis, não só para as crianças e adolescentes, mas também para seus familiares e comunidade.

Programas e Políticas Públicas focados neste ambiente devem ser constantemente avaliados, monitorados e, quando necessário, modificados, sempre levando em consideração a participação dos diversos atores envolvidos, de modo que as ações a serem realizadas sejam pensadas e construídas coletivamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Accioly E. A escola como promotora da alimentação saudável. *Ciência em Tela*. 2009; 2(2):1-9.

Araújo MFM, Beserra EP, Araújo TM, Chaves EM. Obesidade infantil: uma reflexão sobre a dinâmica familiar numa visão etnográfica. *Rev Enferm Nordeste*. 2006; 7(1):103-108.

Austin SB, Melly SJ, Sanchez BN, Patel A, Buka S, Gortmaker SL. Clustering of Fast-Food Restaurants Around Schools: A Novel Application of Spatial Statistics to the Study of Food Environments. *Am J Public Health*. 2005; 95(9):1575-1581.

Barros AJD, Victora CG, Santos IS, Matijasevich A, Araújo CL, Barros FC. Infant malnutrition and obesity in three population-based birth cohort studies in Southern Brazil: trends and differences. *Cad Saúde Pública*. 2008; 4(3):417-426.

Brug J, Kremers SP, Lenthe F, Ball K, Crawford D. Environmental determinants of healthy eating: in need of theory and evidence. Symposium on Behavioural nutrition and energy balance in the young. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2008; 67:307–316.

Cardoso AS, Cardoso RO, Carvalho DF, Collet N, Medeiros CCM. C-reactive protein and cardiometabolic risk factors in overweight or obese children and adolescents. *Rev Nutr*. 2014; 27(3):279-288.

CDC. Center Of Control Disease and Prevention. Childhood Obesity Facts. [acesso em 12 dez 2015]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/healthyschools/obesity/facts.htm>.

Cezar C. Avaliação do estado de nutrição de escolares do município de São Paulo: uma experiência multidisciplinar envolvendo professores de educação física do ensino fundamental e médio [tese de doutorado]. São Paulo:Universidade de São Paulo; 2005. 141 p.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for a child overweight and obesity worldwide: internacional survey. *BMJ*. 2000; (320):1-6.

Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas de implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz;1997. p. 29-47.

Corrêa EM, Schmitz BAS, Vasconcelos FAG. Aspects of the built environment associated with obesity in children and adolescents: a narrative review. Rev. Nutr., Campinas. 2015; 28(3):327-340.

Curso ACT, Caldeira GV, Fiates GMR, Schmitz BAS, Ricardo GD, Vasconcelos FAG. Fatores comportamentais associados ao sobrepeso e à obesidade em escolares do Estado de Santa Catarina. Rev Bras Est População. 2012; 29(1):117-13.

Costa, RBL, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). Rev Saúde Pública. 2005; 39(4):530-40.

CRN4 - Conselho Regional de Nutricionistas 4º Região. Relatório sobre a qualidade da alimentação oferecida por unidades escolares estaduais no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2013. 13p.

Deboer MD, Scharf RJ, Demmer RT. Sugar-Sweetened Beverages and Weight Gain in 2- to 5-Year-Old Children. Pediatrics. 2013; 132(3):1-10.

Dietz WH. The obesity epidemic in young children. Reduce television viewing and promote playing. BMJ. 2001; (322):313-14.

Feldman LRA, Mattos AP, Halpern R, Rech R, Bonne CC, Araújo MB. Implicações psicossociais da obesidade infantil em escolares de 7 a 12 anos de uma cidade serrana do sul do Brasil. RevBrasObesidNutrEmagr. 2009; 3(15):225-233.

Batista Filho, M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad Saúde Pública. 2003; 19(1):181-191.

FNDE - Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Resolução nº 26 de 17 de Junho de 2013. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. Diário Oficial da União, 18 jun 2013.

FNDE - Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Nota Técnica nº 01/2014 – COSAN/CGPAE/DIRAE/FNDE. Brasília, DF; 2014.

FNDE - Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Ações educativas. [acesso em 30 ago 2015a]. Disponível em: <http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-acoes-educativas>

FNDE - Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Histórico. [acesso em 13 jul. 2015b] Disponível em: <http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-historico>.

Foster GD, Sherman S, Borradaile KE, Grundy KM, Vander Veur SS, Nachmani J, Karpyn A, Kumanyka S, Shults J. A policy-based school intervention to prevent overweight and obesity. *Pediatrics*. 2008; 121(4):794-802.

Friedrich RR, Schuch I, Wagner MB. Efeito de intervenções sobre o índice de massa corporal em escolares. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(3):551-60.

Gilkey M. Johns Hopkins Center for a Livable Future. Perspectives on Childhood Obesity Prevention: Recommendations from Public Health Research and Practice. Baltimore, MD: Johns Hopkins Center for a Livable Future. Department of Health, Behavior and Society; 2007. 25p.

Glanz K, Sallis JF, Saelens BE, Frank LD. Healthy Nutrition Environments: Concepts and Measures. *Am J Health Promot*. 2005; 19(5):330–333.

Gliber AR. Um estudo compreensivo da personalidade de crianças obesas: enfoque kleiniano [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2012. 117 p.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Scorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. cap.16, p.575-625.

Giugliano R, Carneiro EC. Fatores associados à obesidade em escolares. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80(1):17-22.

Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Genebra: WHO; 2013. Overweight and obesity; p.13-16.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Coordenação de índices de preços. Brasília, DF; 2004.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Gerência da Pesquisa de Orçamentos Familiares. Brasília, DF; 2010a.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Gerência da Pesquisa de Orçamentos Familiares. Brasília, DF; 2010b.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Relatório educação para todos no Brasil 2000 – 2015. Brasília, DF; 2014a.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Dados São Paulo – Itapevi. [acesso em 19 out 2014b]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=352250&search=sao-paulo|itapevi|infograficos:-informacoes-completas>

Jaime PC, Lock K. Do school based food and nutrition policies improve diet and reduce obesity? Preventive Medicine. 2009; (48):45–53.

Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. Rev Nutr., Campinas. 2011; 24(6):809-824.

Leite FHM, Oliveira MA, Cremm EC, Abreu DSC, Maron LR, Martins PA. Availability of processed foods in the perimeter of public schools in urban areas. J Pediatr. (Rio J). 2012; 88(4):328-3.

Levy RB, Claro RM, Mondini L, Sichieri R, Monteiro CA. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. Rev Saúde Pública. 2012; 46(1):6-15.

Lourenço BH, Cardoso MA. Infant feeding practices, childhood growth and obesity in adult life. Arq Bras Endocrinol Metab. 2009; 53(5):528-539.

Lucan SC, Karpyn A, Sherman S. Storing Empty Calories and Chronic Disease Risk: Snack-Food Products, Nutritive Content, and Manufacturers in Philadelphia Corner Stores. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. 2010; 87(3):394-409.

Luiz AMAG, Gorayaeb R, Junior RDRL, Domingos NAM. Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. *Est Psicol.* 2005; 10(3):371-375.

MacGowan C. CDC's State-Based Nutrition and Physical Activity Program to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases. State Breastfeeding Coalitions Teleconference. 2009:1-4.

Martinelli SS, Soares P, Fabril RK, Rodrigues VM, Ebone MV, Cavalli SB. Composição dos cardápios escolares da rede pública de ensino de três municípios da região do sul do Brasil: uma discussão perante a legislação. *Demetra.* 2014; 9(2):515-532.

Mello ADM, Marcon SS, Hulsmeyer APCR, Cattai GBP, Ayres CSLS, Santana RG. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de seis a dez anos de escolas municipais de área urbana. *Rev Paul Pediatr.* 2010; 28(1):48-54.

ME - Ministério da Educação. Portaria Normativa Interministerial nº. 17 de 24 de abril de 2007. Institui o Programa Mais Educação, que visa fomentar a educação integral de crianças, adolescentes e jovens, por meio do apoio a atividades sócio-educativas no contraturno escolar. *Diário Oficial da União*, 26 abr. 2007.

MS e ME - Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria interministerial nº. 1010 de 08 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Brasília, DF; 2006a.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação e Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília, D.F; 2006b. (Pactos pela saúde, 7)

MS - Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Dimensões do processo produtivo e da saúde da criança. Brasília, DF; 2009a.

MS - Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF; 2009b. (Caderno de Atenção Básica, 23)

MS - Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF; 2010.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF; 2011a.

MS e ME - Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Passo a passo PSE. Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersectorialidade. Brasília, DF; 2011b.

MS - Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF; 2012.

MS - Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF; 2014a.

MS - Ministério da Saúde. Guia Alimentar Para a População Brasileira. 2.ed. Brasília, DF; 2014b.

MS e ME - Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Caderno do gestor do PSE. Brasília, DF; 2015.

Mondini L, Monteiro CA. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). Rev Saúde Pública. 1994; 28(6):433-9.

Monteiro CA, Mondini L, Costa RBL. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). Rev Saúde Pública. 2000; 34(3):251-8.

Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Income – specific trends in obesity in Brazil: 1975 – 2003. Am J. Public Health. 2007; 97(10):1808-1812.

Monteiro CA, Benicio MHDA, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. Rev Saúde Pública. 2009; 43(1):35-43.

Moraes LL, Nicola TC, Jesus JSA, Alves ERB, Giovaninni NPB, Marcato DG, Sampaio JD, Fuly JTB, Costalonga EF. Pressão arterial elevada em crianças e sua correlação com três definições de obesidade infantil. Arq Bras Cardiol. 2014; 102(2):175-180.

Muller MJ, Asbeck IM, Langase K, Grund A. Prevention of obesity – more than an intention. Concept and first results of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). Int J Obes Relat. Metab. Disord. 2001; 25(1):66-74.

Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of Childhood and Adult Obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA*. 2014; 311(8):806-814.

Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(esp):158-64.

Onis M, Frongilo EA, Blossner M. Is malnutrition declining? An analysis of changes in levels of child malnutrition since 1980. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; 78(10):1222-1233.

Onis M, Blossner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr*. 2010; 92:1257-64.

Poulain JP, Proença RP. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. *Rev Nutr*, Campinas. 2003; 16(3):245-256.

Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, Emmett PM, Ness A, Rogers I, Steer C, Sherriff A. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ*. 2005; 330:1357-63.

Ribas AS, Silva LCS. Fatores de risco cardiovascular e fatores associados em escolares do Município de Belém, Pará, Brasil. *Cad Saúde Pública*, RJ. 2014; 30(3):577-586.

Ribeiro RQC, Lotufo PA, Lamounier JA, Oliveira RG, Soares JF, Botter DA. Fatores adicionais de risco cardiovascular associados ao excesso de peso em crianças e adolescentes. *O Estudo do Coração de Belo Horizonte*. *ArqBrasCardiol*. 2006; 86(6):408-418.

Rinaldi AEM, Pereira AF, Macedo CS, Mota JF, Burini RC. Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. *Rev Paul Pediatr*. 2008; 26(3):271-277.

Rivera IR, Silva MAM, Silva RDTA, Oliveira BAV, Carvalho ACC. Atividade física, horas de assistência à TV e composição corporal em crianças e adolescentes. *ArqBrasCardiol*. 2010; 95(2):159-165.

Rodrigo CP, Aranceta J. School-based nutrition education: lessons learned and new Perspectives. *Public Health Nutrition*. 2001; 4(1A):131-139.

Sá LR, Sousa CV, Lara JE, Fagundes AFA, Sampaio DO. O Consumidor Infantil e sua Influência no Processo de Decisão de Compra da Família. *INTERFACE*. 2012; 9(2):54-77.

Sato L. Pesquisar e intervir: encontrando o caminho do meio. In: Castro LR, Besset VL, organizadores. Pesquisa-Intervenção na Infância e Juventude. Rio de Janeiro: Nau; Faperj, 2008. p. 171-178.

Schmitz BAS, Recine E, Cardoso GT, Silva JRM, Amorim NFA, Bernardon R, Rodrigues MLCF. A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: uma proposta metodológica de capacitação para educadores e donos de cantina escolar. Cad Saúde Pública. 2008; 24(2):312-322.

Silva ACF. Programa Saúde na Escola: Análise da gestão local, ações de alimentação e nutrição e estado nutricional dos escolares brasileiros [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2014. 162 p.

Soares LD, Petroski EL. Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano. 2003; 5(1):63-74.

Solorzano CMB, McCartney CR. Obesity and the pubertal transition in girls and boys. Reproduction. 2010; 140:399-410.

Song Y, Wang HJ, Ma J, Wang Z. Secular Trends of Obesity Prevalence in Urban Chinese Children from 1985 to 2010: Gender Disparity. PlosOneOrg. 2013; 8(1):1-6.

Souza EA, Filho VCB, Nogueira JAD, Júnior MRA. Atividade física e alimentação saudável em escolares brasileiros: revisão de programas de intervenção. Cad Saúde Pública, RJ. 2011; 27(8):1459-1471.

Souza ARL, Révillion JPP. Novas estratégias de posicionamento na fidelização do consumidor infantil de alimentos processados. Ciência Rural. 2012; 42(3):573-580.

Souza MCC, Tibúrcio JD, Bicalho JMF, Rennó HMS, Dutra JS, Campos LG, Silva ES. Fatores associados à obesidade e sobrepeso em escolares. Contexto Enf. 2014. 23(3):712-719.

Story MT, Neumark-Stzainer DR, Sherwood NE, Holt K, Sofka D, Trowbridge FL, Barlow SE. Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. Pediatrics. 2002; 110(1Pt 2):210-214.

Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*. 1999(29): 563-570.

Tardido AP, Falcão MC. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. *Rev Bras de Nutr Clín*. 2006; 2(21):17-24.

Tenorio AS, Cobayashi F. Obesidade infantil na percepção dos pais. *Rev Paul Pediatr*. 2011; 29(4): 634-9.

Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *Massachusetts Medical Society*. 1997; 337(13):869-873.

WHO - World Health Organization. *Healthy nutrition: an essential element of a health-promoting school*. Geneva; 1998.

WHO – World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation*. Geneva; 2000.

WHO - World Health Organization. *Marketing of food and non-alcoholic beverages to children. Report of a WHO Forum and Technical Meeting Oslo, Norway*; 2006.

WHO – World Health Organization. *Population based approaches to childhood obesity prevention*. Geneva; 2012.

WHO – World Health Organization. *Overweight and obesity. Adults aged 18+*. [acesso em 29 maio 2015a]. Disponível em: <http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_text/en/

WHO – World Health Organization. *The challenge of obesity - quick statistics*. [acesso em 20 ago 2015b]. Disponível em: http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable_diseases/obesity/data-and-statistics.

WHO – World Health Organization. *Reducing consumption of sugar-sweetened beverages to reduce the risk of childhood overweight and obesity*. [acesso em 16 dez 2015c] Disponível em: http://www.who.int/elena/titles/ssbs_childhood_obesity/en/

ANEXO 1 – ESCOLAS POR ABRANGÊNCIA DE UNIDADE DE SAÚDE

Unidade de Saúde	Escolas
UBS Amador Bueno	- Jornalista João Valério de Paula Neto - Machado de Assis - Prof. Evany Camargo Ribeiro
UBS Cohab	- Bem Vindo Moreira Nery - Victor Soares de Camargo - José dos Santos Novaes - Cândido Portinari - Profa. Nádia Bernaudó
UBS Dr. Nicanor	- Dona Floriza Nunes de Carvalho - Prof. Paulo Mariano de Arruda - Maestro Gilberto de Pinho
UBS Eng. Cardoso	- Residencial das Flores CDHU - Padre Giovanni Cornaro - E.M. Vila São Luiz - João Pedro Cardoso Engenheiro - Prof. Benedicto Antonio dos Santos
UBS Santa Rita 1	- Vereador Roberval Luiz Mendes da Silva - Vinicius de Moraes - Presidente Tancredo de Almeida Neves
UBS Santa Rita 2	- Prof. Edevaldo Caraméz - Prof. Irazy Toledo Moraes
USF Chácara Santa Cecília	- Profa. Magali Trevisan P. de Almeida
USF Ambuíta	- Sra. Manoela Sanches Casagrande
USF Jd. Briquet	- Manuel Bandeira - Profa. Neusa Marques Lobato - Cecília Meireles
USF Jd. Rosemeire	- Dr. Antonio Manoel de Oliveira - Orlando Villas Boas - Prof. Florestan Fernandes
USF Jd. São Carlos	- Dra. Zilda Arns Neumann - Prof. Paulo Freire - Prof. Dimarães Antonio Sandei
USF Pq. Suburbano	- Tarsila do Amaral - Maestro Heitor Vila Lobos
USF Vila Gióia	- E.M. Viver e Aprender - Vereador Ubiratan José Chaluppe
USF Vitápolis	- Dona. Maria Roncagli Michelotti
USF Alto da Colina	- Profa. Maria Zibina Carvalho

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO



O questionário deverá ser preenchido pelo Diretor e/ou Coordenador Pedagógico. Todas as perguntas referem-se ao ciclo I do Ensino Fundamental.

Data: ____ / ____ / ____

Escola: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Responsável (s) pelas respostas – Nome e Cargo: _____

Número de crianças matriculadas no ano de 2014: _____

Alimentação saudável e nutrição no projeto pedagógico da escola

1. O tema da alimentação saudável e/ou da nutrição fez parte de alguma disciplina em sua escola no ano de 2014? (Em caso de resposta negativa, passe para a questão 5)

() Sim

() Não. Por quê? _____

2. Em qual (s) disciplina o tema foi abordado?

() Língua Portuguesa

() Matemática

() História

() Geografia

() Ciências

() Artes

() Educação Física

() Outra _____

3. Para quais turmas?

- 1º ano
- 2º ano
- 3º ano
- 4º ano
- 5º ano

4. Quais foram os temas abordados?

- Higiene dos Alimentos
- Segurança Alimentar e Nutricional
- Alimentação Saudável
- Pirâmide Alimentar
- Guia alimentar para a população brasileira
- Processos de Nutrição (absorção, digestão, etc)
- Outro _____

5. A sua escola realizou alguma atividade relacionada à alimentação saudável e/ou nutrição no ano de 2014? (Em caso de resposta negativa, passe para a questão 11)

- Sim
 - Não. Por quê? _____
-

6. Qual (s) foi a atividade realizada?

- Dia/Semana da Alimentação Saudável
- Degustação de alimentos
- Oficina culinária
- Horta Escolar
- Palestra
- Outra _____

7. Quem foi a (s) pessoa responsável por organizar a atividade?

- Professor
- Coordenador pedagógico
- Nutricionista da alimentação escolar
- Merendeira
- Equipe multidisciplinar
- Outra _____

Atividade física no projeto pedagógico da escola

1. A disciplina “Atividade Física” foi ministrada em sua escola no ano de 2014?
(Em caso de resposta negativa, passe para a questão 6)

- () Sim
() Não. Por quê? _____
-

2. Para quais turmas?

- () 1º ano
() 2º ano
() 3º ano
() 4º ano
() 5º ano

3. Quais foram as atividades realizadas?

- () Ginástica / Condicionamento físico
() Futebol
() Handball
() Basquete
() Vôlei
() Frisbee
() Dodgeball
() Pique-Bandeira
() Atletismo
() Bumerangue
() Jogo de tacos
() Jogos de estafetas
() Slackline
() Paraquedas-Corporativo
() Frescobol
() Ginástica rítmica
() Circuito das estações
() Outra _____

4. Com que frequência ocorriam as aulas?

- () 1 aula por semana
() 2 aulas por semana
() Mais de 2 aulas por semana
() Outra _____

5. Qual a duração aproximada das aulas?

- 50 a 60 minutos
- 60 a 120 minutos
- Outra _____

6. A sua escola disponibilizou alguma atividade física e/ou esporte extracurricular ao longo do ano de 2014? (Em caso de resposta positiva, responda as próximas questões)

- Sim
 - Não. Por quê? _____
-

7. Quais foram estas atividades?

- Ginástica / Condicionamento físico
- Futebol
- Handball
- Basquete
- Vôlei
- Frisbee
- Dodgeball
- Pique-Bandeira
- Atletismo
- Bumerangue
- Jogo de tacos
- Jogos de estafetas
- Slackline
- Paraquedas-Corporativo
- Frescobol
- Ginástica rítmica
- Circuito das estações
- Outra _____

8. Com que frequência ocorriam estas atividades?

- 1 vez na semana
- 2 vezes na semana
- 3 vezes na semana
- Mais de 3 vezes na semana
- Outra _____

9. Qual a duração aproximada destas atividades?

- 50 a 60 minutos
- 60 a 120 minutos
- Outra _____

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do estudo “Ações de alimentação e nutrição, no âmbito de políticas públicas em ambiente escolar, prevenção e controle da obesidade infantil no município de Itapevi - SP”. Este estudo tem por objetivo elaborar um plano de ação, no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), para a prevenção da obesidade infantil nas escolas municipais de ensino fundamental I do município de Itapevi - SP. O estudo prevê a análise do estado nutricional de escolares, assim como da qualidade da alimentação escolar e de ações sobre os temas “alimentação e nutrição” e “atividade física” promovidas pelas escolas. Prevê-se, também, encontros com gestores e profissionais das áreas da Saúde e da Educação do Município que visem a implementação de um plano de ação articulado entre as áreas para promoção da saúde e nutrição dos escolares. Na etapa diagnóstica, os Diretores e Coordenadores Pedagógicos das escolas envolvidas serão convidados a preencherem um questionário sobre a inserção do tema Alimentação Saudável, Nutrição e Atividade Física. O tempo necessário para o preenchimento do questionário será de aproximadamente 30 minutos. Na etapa posterior, estes profissionais, bem como professores, serão convidados a participarem de 2 encontros com duração de aproximadamente 4 horas, no quais serão discutidas as dificuldades e facilidades para elaboração de ações articuladas entre as áreas da Saúde e da Educação e formuladas propostas de ações.

A possibilidade do participante sentir-se desconfortável ao responder o questionário é mínima, em função das perguntas referirem-se às atividades normalmente desenvolvidas no âmbito escolar. Quanto aos encontros previstos para o planejamento de ações conjuntas das áreas de Saúde e de Educação, os riscos dos

participantes são mínimos, considerando que a discussão das propostas visa a melhoria das condições de saúde do público infanto-juvenil do município.

Espera-se com os resultados obtidos potencializar a articulação das áreas de Educação e Saúde, bem como contribuir para a avaliação do PSE, a fim de promover a saúde e nutrição dos escolares da rede municipal de Itapevi.

O (a) senhor (a) poderá sanar suas dúvidas a respeito da pesquisa a qualquer momento que necessitar, pessoalmente, ou através do contato:

Mariangela da Silva Alves Batista (Pesquisadora responsável) - e-mail: maribatista.nutri@gmail.com / Telefone: (11) 9.8836-6390 ou (11) 9.7594-0299.

O (a) senhor (a) tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, através dos contatos abaixo:

Instituto de Saúde - Rua Santo Antonio, 590. São Paulo –SP. Fone: (11) 3116-8593.

Para esclarecimento de eventuais dúvidas a respeito dos procedimentos éticos, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato através dos meios abaixo:

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde- CEPIS: Rua Santo Antônio, 590- Bela Vista/ e-mail: cepis@isaude.sp.gov.br / Fone: (11) 3116-8597.

A pesquisadora tratará sua pesquisa, sua identidade e os dados coletados com sigilo profissional. Fica livre a recusa ou a interrupção de sua participação na pesquisa a qualquer momento.

A participação na pesquisa não te trará nenhum valor material adicional, assim como não haverá nenhuma recompensa financeira para tal.

Este termo será assinado em duas vias, sendo uma para pesquisadora responsável e outra entregue ao (a) senhor (a).

CONSENTIMENTO

Eu, _____, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram

lidas para mim, descrevendo o estudo: “Ações de alimentação e nutrição, no âmbito de políticas públicas em ambiente escolar, para prevenção e controle da obesidade infantil no município de Itapevi - SP”.

Eu decidi pela participação no estudo, após os esclarecimentos da pesquisadora responsável, a nutricionista Mariangela da Silva Alves Batista. Ficaram claros para mim os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro, também, que minha participação é isenta de despesas. Concordo em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do participante

Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada o Consentimento Livre e Esclarecido do participante deste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do estudo “Ações de alimentação e nutrição, no âmbito de políticas públicas em ambiente escolar, para prevenção e controle da obesidade infantil no município de Itapevi - SP”. Este estudo tem por objetivo elaborar um plano de ação, no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), para a prevenção da obesidade infantil nas escolas municipais de ensino fundamental I do município de Itapevi - SP. O estudo prevê a análise do estado nutricional de escolares, assim como da qualidade da alimentação escolar e de ações sobre os temas “alimentação e nutrição” e da “atividade física” promovidas pelas escolas. Prevê-se, também, encontros com gestores e profissionais das áreas da Saúde e da Educação do Município, que visem a implementação de um plano de ação articulado entre as áreas para promoção da saúde e nutrição dos escolares. Na etapa diagnóstica, os Diretores e Coordenadores Pedagógicos das escolas envolvidas serão convidados a preencherem um questionário sobre a inserção do tema Alimentação Saudável, Nutrição e Atividade Física. Na etapa posterior, estes profissionais, bem como professores, serão convidados a participarem de 2 encontros com duração de aproximadamente 4 horas, no quais serão discutidas as dificuldades e facilidades para elaboração de ações articuladas entre as áreas da Saúde e da Educação e formuladas propostas de ações.

A possibilidade do participante sentir-se desconfortável ao participar dos encontros é mínima, visto que a discussão das propostas visa a melhoria das condições de saúde do público infanto-juvenil do município.

Espera-se com os resultados obtidos potencializar a articulação das áreas de Educação e Saúde, bem como contribuir para a avaliação do PSE, a fim de promover a saúde e nutrição dos escolares da rede municipal de Itapevi.

O (a) senhor (a) poderá sanar suas dúvidas a respeito da pesquisa a qualquer momento que necessitar, pessoalmente, ou através do contato:

Mariangela da Silva Alves Batista (Pesquisadora responsável) - e-mail: maribatista.nutri@gmail.com / Telefone: (11) 9.8836-6390 ou (11) 9.7594-0299.

O (a) senhor (a) tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, através dos contatos abaixo:

Instituto de Saúde - Rua Santo Antônio, 590. São Paulo –SP. Fone: (11) 3116-8593.

Para esclarecimento de eventuais dúvidas a respeito dos procedimentos éticos, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato através dos meios abaixo:

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde- CEPIS: Rua Santo Antônio, 590- Bela Vista/ e-mail: cepis@isaude.sp.gov.br / Fone: (11) 3116-8597.

A pesquisadora tratará sua pesquisa, sua identidade e os dados coletados com sigilo profissional. Fica livre a recusa ou a interrupção de sua participação na pesquisa a qualquer momento.

A participação na pesquisa não te trará nenhum valor material adicional, assim comonão haverá nenhuma recompensa financeira para tal.

Este termo será assinado em duas vias, sendo uma para pesquisadora responsável e outra entregue ao (a) senhor (a).

CONSENTIMENTO

Eu, _____, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “Ações de alimentação e nutrição, no âmbito de políticas públicas em ambiente escolar, para prevenção e controle da obesidade infantil no município de Itapevi - SP”.

Eu decidi pela participação no estudo, após os esclarecimentos da pesquisadora responsável, a nutricionista Mariangela da Silva Alves Batista.

Ficaram claros para mim os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro, também, que minha participação é isenta de despesas. Concordo em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do participante

Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada o Consentimento Livre e Esclarecido do participante deste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

ANEXO 5 – CONVITE PARA ENCONTRO – ESCOLAS



Relação de remessa nº X/2015

Data:

Para: Nome da escola

INTERESSADO	ASSUNTO
<p align="center">A/C Nome do Diretor (a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Convite para participação em encontro a ser realizado no dia 11 de setembro de 2015, às 8h00, na sala de Oficina Pedagógica de Secretaria Municipal de Educação.

Mariangela Batista
Nutricionista
Secretaria Municipal de Saúde

Recebi em ____ / ____ / ____

ANEXO 6 – CONVITE PARA ENCONTRO – UNIDADES DE SAÚDE

No dia 11 de setembro, às 8:00 horas, na sala de Oficina Pedagógica de Secretaria Municipal de Educação, será realizado um encontro com os Diretores e Coordenadores Pedagógicos das Escolas Municipais de Ensino Fundamental de Itapevi e com Profissionais das Unidades de Saúde da Família. Este encontro faz parte do projeto de Mestrado Profissional da Nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde, Mariangela Batista, e tem como objetivo articular as áreas da Saúde e da Educação para a prevenção e controle da obesidade infantil no município.

No encontro serão discutidos os seguintes tópicos:

- Prevalência de excesso de peso (sobrepeso + obesidade) entre as crianças do ensino fundamental 1 de Itapevi;
- Cardápio fornecido na alimentação escolar;
- Inserção do tema “alimentação saudável e nutrição” e “atividade física” no Projeto Político Pedagógico das escolas;
- Programa Saúde na Escola e sua adesão em Itapevi;

Ao final serão escolhidos representantes das Escolas e das Unidades de Saúde para participar de encontros com os Coordenadores da Secretaria de Educação e da Secretaria de Saúde. Estes encontros têm o intuito de criar um plano de ação viável para a implantação do PSE no Município.

Sendo assim, convido os Agentes Comunitários de Saúde, Médicos, Equipe de Enfermagem e Coordenador de Unidade a participarem do encontro.

Ressalto que poderá ser disponibilizada declaração de participação aos que dela necessitarem.

Espero contar com a colaboração de vocês e desde já agradeço.

Mariangela Batista
Nutricionista
Secretaria Municipal de Saúde

**ANEXO 7 – CONVITE PARA ENCONTRO - COORDENADORES DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DA SECRETARIA MUNICIPAL DE
EDUCAÇÃO**



Memo S.H.S C.M Nº X/2015

Itapevi, 21 de setembro de 2015.

Da Secretaria Municipal de Saúde

À Secretaria Municipal de Educação

Assunto: Convite para participação em encontro de Profissionais e Gestores da Saúde e da Educação.

No dia 08 de outubro de 2015, às 9:00 horas, na sala de Oficina Pedagógica de Secretaria Municipal de Educação, será realizado um encontro com os Profissionais e Coordenadores das áreas da Saúde e da Educação do Município de Itapevi referente ao Projeto de Mestrado Profissional da Nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde, Mariangela Batista. Este Projeto tem como objetivo principal articular a Saúde e a Educação, no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), para a prevenção e controle da obesidade infantil.

Inicialmente serão apresentados os seguintes diagnósticos pesquisados:

- Prevalência de excesso de peso (sobrepeso + obesidade) entre as crianças do ensino fundamental 1 de Itapevi;
- Cardápio fornecido na alimentação escolar;
- Inserção do tema “alimentação saudável e nutrição” e “atividade física” no Projeto Político Pedagógico das escolas;
- PSE e sua adesão em Itapevi.

Em seguida será realizada uma discussão em grupo com o intuito de se pensar em propostas de articulação entre as áreas da Saúde e da Educação, com vista ao aprimoramento do PSE no município. Sendo assim, sua presença é de extrema importância para a construção dessa ideia. Espero contar com a sua colaboração e desde já agradeço.

Mariangela Batista

Nutricionista

Ciente,

Flávia Carotta

Secretária Adjunta de Saúde

A/C

Nome

Cargo

2) A partir das áreas/escolas prioritárias, preencha o quadro abaixo:

Quais ações de alimentação saudável e nutrição poderiam ser realizadas em parceria com as escolas?	
Quais profissionais da Saúde e da Educação seriam responsáveis por realizar essas ações?	
Quantas vezes ao ano seriam realizadas essas ações?	

5) Pensando na rotina das equipes de Saúde da Família preencha o quadro abaixo:

<p>Quais outras ações de prevenção e combate à obesidade infantil as Equipes de Saúde da Família poderiam realizar, junto às famílias e à comunidade, em sua rotina de trabalho?</p>	
<p>Essas ações poderiam ser realizadas por quais profissionais?</p>	
<p>De que forma essas ações poderiam estar regularmente incluídas no processo de trabalho?</p>	

ANEXO 9 – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS DO AENE

Memorando S.M.E. nº 20/2015

Itapevi, 13 de janeiro de 2015.

Da Secretaria Municipal de Educação

A/c Secretaria Municipal de Saúde

Assunto: Autorização para utilização dos dados da Pesquisa-Ação AENE.

Prezada Secretária,

Em resposta ao Memorando SHSCM Nº 441/2014, a equipe do Programa Recreação pelo Movimento da Secretaria Municipal de Educação (SME), autoriza a Srta. Mariângela Batista Nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a utilizar os dados enviados da Pesquisa-Ação AENE, realizado no ano de 2014 em nossa rede municipal de ensino, para apresentação em seu mestrado profissional.

Atenciosamente,

Alvaro R. Scotti
Profº Ed. Física
CREF: 065252-0/SP


Alvaro Roberto Scotti Ferreira
Programa Recreação pelo Movimento - NAP


Lilian Braga Vieira
Secretária Municipal de Educação

Ilima, Sra.
Dra. Maria Dalva Amim dos Santos
Secretária Municipal de Saúde

A/c Mariângela Batista
Nutricionista

ANEXO 10 – AUTORIZAÇÃO PARA ANÁLISE DO CARDÁPIO ESCOLAR



Memorando S.M.E N° 809/2014.

Itapevi, 18 de Julho de 2014.

Da Secretaria Municipal de Educação

A Secretaria Municipal de Saúde

Assunto: Cardápios do primeiro semestre de 2014 do público EMEI-EMEF

Conforme solicitação, via Memorando S.H.C n°441/2014 em anexo, segue da Secretaria Municipal de Educação os cardápios do público EMEI-EMEF do primeiro semestre do ano de 2014.

Atenciosamente,


Lilian Braga Vieira
Secretária Municipal de Educação

A/C
Sra. Laila Antônio Chaluppe Furtado
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO 11 – AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DOS QUESTIONÁRIOS ÀS ESCOLAS



Circular S.M.E. nº 103/2015

Itapevi, 12 de junho de 2015,

Da Secretaria Municipal de Educação

A/c Unidades Escolares

Assunto: Autorização para realização de pesquisa

Prezados (as) Senhores (as):

Vimos informar que a Secretaria de Educação autorizou a Sra. **Mariangela Batista** – nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde a distribuir pesquisa para complementação do seu mestrado.

Será aplicado nas Unidades que possuam Ensino Fundamental Ciclo I um questionário sobre ações de "alimentação e nutrição" e "atividade física".

O questionário deverá ser entregue no protocolo desta Secretaria aos cuidados de Mário Cesar de Paiva ou Paulo Aparecido dos Santos, impreterivelmente até 19/06/2015.

Atenciosamente,



Lilian Braga Vieira
Secretária Municipal de Educação

ANEXO 12. CARDÁPIOS



CARDÁPIO FEVEREIRO 2014
MERENDA ITAPEVI
EMEI - EMEF



SECRETARIA DE
EDUCAÇÃO E
CULTURA



Data	Dia	Desjejum/Lanche	Almoço
1/Fev	SEG		PLANEJAMENTO
1/Fev	TER	Bebida láctea de chocolate/ Biscoito maisena	Macarrão ao molho de tomate com salsicha e salsa/ Refresco
1/Fev	QUA	Iogurte de frutas/ Pão com margarina	Arroz/Feijão Carioca/ Frango refogado com chuchu e salsa/Salada de beterraba/ Fruta
1/Fev	QUI	Bebida láctea de salada de frutas / Bolinho individual de chocolate	Arroz com cenoura / Carne moída ao molho de tomate com batata e salsa/Salada de alface/Fruta
7/Fev	SEX	Leite com achocolatado / Bisnaguinha com requeijão	Arroz/ Feijão Carioca /Omelete com tomate e salsa /Salada de acelga/Fruta
07/Fev	SEG	Leite com flocos de milho	Macarrão ao molho de tomate com iscas de frango e salsa/Salada de beterraba/ Refresco
1/Fev	TER	Bebida a base de soja abacaxi / Biscoito rosca leite	Arroz/ Feijão carioca/Ovos mexidos com tomate e salsa/Salada de acelga/ Refresco
2/Fev	QUA	Iogurte de frutas/ Pão integral com requeijão	Arroz/ Feijão preto/ Farofa de linguiça com cenoura e salsa/Couve refogada/Fruta
3/Fev	QUI		PLANEJAMENTO
4/Fev	SEX		PLANEJAMENTO
7/Fev	SEG	Leite com enriquecedor de morango/ Biscoito rosca de leite	Macarrão ao molho de tomate com carne moída e salsa/Salada de cenoura/ Refresco
8/Fev	TER		FERIADO
9/Fev	QUA	Leite com achocolatado/ Biscoito salgado	Arroz/ Feijão carioca/ Carne cubos refogada com abobrinha e salsa /Salada de beterraba/Refresco
09/Fev	QUI	Bebida láctea de abacaxi c/ coco/ Biscoito maria	Arroz com salsa/Frango refogada com cenoura e salsa/ Salada de alface/Fruta
11/Fev	SEX	Leite com enriquecedor de morango/ Biscoito maisena	Arroz/ Feijão carioca/Omelete com tomate e salsa/Salada de cenoura/Fruta
4/Fev	SEG	Leite com flocos de milho	Macarrão ao molho de tomate com frango e salsa/Salada de beterraba/ Refresco
5/Fev	TER	Bebida a base de soja mamão c/ laranja / Biscoito rosca coco	Arroz/ Feijão carioca/ Carne em iscas refogada com cenoura/Salada de repolho/ Refresco
6/Fev	QUA	Iogurte de fruta/ Pão com requeijão	Arroz/ Feijão carioca/Ovos mexidos com cenoura e salsa/Salada de pepino/Fruta
7/Fev	QUI	Bebida láctea de salada de frutas / Bisnaguinha integral com margarina	Arroz com salsa/Frango ao molho de tomate com batata e salsa/Salada de alface/Fruta
8/Fev	SEX	Leite com achocolatado/ Pão com geléia	Arroz/ Feijão Carioca /Fígado acebolado /Salada de acelga à vinagrete/Fruta

Cardápio sujeito à alterações.

*Refresco: foi substituído pelo suco natural de uva, sem adição de açúcar



CARDÁPIO MARÇO 2014
MERENDA ITAPEVI
EMEI - EMEF



	Sem	Desjejum/ Lanche	Almoço
1 ^o	SEG		PONTO FACULTATIVO
1 ^o	TER		FERIADO
1 ^o	QUA		PONTO FACULTATIVO
1 ^o	QUI	Bebida láctea de abacaxi com coco/ Biscoito leite	Macarrão com moida ao molho de tomate com abobrinha ralada e salsa/Refresco
1 ^o	SEX	Leite com achocolatado/Biscoito salgado	Arroz/ Feijão carioca/Frango refogado com abóbora e salsa/Salada de acelga com tomate e salsa/ Fruta
2 ^o	SEG	Leite com flocos de milho	Macarrão ao molho de tomate com frango desfiado e salsa /Salada de acelga/ Refresco
2 ^o	TER	Bebida láctea de morango / Biscoito maisena	Arroz/ Feijão carioca/ Omelete com tomate e salsa/Salada de beterraba/Refresco
2 ^o	QUA	Leite com achocolatado / Pão com margarina	Arroz/ Feijão carioca/Carne em iscas com batata e cheiro verde/Salada de pepino/Fruta
2 ^o	QUI	Bebida de soja abacaxi / Biscoito maria	Arroz com cenoura/ Frango ao molho de tomate com abobrinha e salsa/Fruta
2 ^o	SEX	Leite com enriquecedor de morango/ Bisnaguinha com geléia	Arroz/ Feijão carioca/Farofa de linguiça com cenoura e salsa /Couve refogada / Fruta
3 ^o	SEG	Leite com enriquecedor de morango / Biscoito maria	Macarrão ao molho de tomate com salsicha e salsa/ Salada de repolho/Refresco
3 ^o	TER	Bebida láctea de chocolate/ Biscoito salgado	Arroz/Feijão carioca /Carne em iscas com abóbora e salsa/Salada de acelga/Refresco
3 ^o	QUA	Iogurte de frutas/ Bisnaguinha com requeijão	Arroz/Feijão carioca /Farofa de fígado com cenoura ralada e salsa/ Salada de alface/ Fruta
3 ^o	QUI	Bebida de soja laranja c/ mamão/ Biscoito de leite	Arroz com talos de salsa/Ovos mexidos com tomate e salsa /Salada de beterraba/ Fruta
3 ^o	SEX	Leite com achocolatado/ Pão com margarina	Arroz/Feijão carioca /Frango em iscas com chuchu e salsa/ Salada de pepino c/ tomate/ Fruta
4 ^o	SEG	Leite com flocos de milho	Macarrão ao molho de tomate com frango desfiado e salsa / Salada de repolho roxo/Refresco
4 ^o	TER	Bebida de soja tangerina/ Biscoito rosca coco	Arroz/ Feijão carioca/Omelete com salsa/ Salada de Beterraba/ Refresco
4 ^o	QUA	Iogurte de frutas/ Bolinho individual de laranja	Arroz/ Feijão carioca/Peixe cozido ao molho de tomate com batata e cheiro verde /Salada de acelga/ Fruta
4 ^o	QUI	Bebida láctea de chocolate /Pão integral c/requeijão	Arroz com cenoura/ Carne em iscas refogada com salsa/Salada de aface com cenoura/Fruta
4 ^o	SEX	Leite com enriquecedor de morango/ Bisnaguinha c/ margarina	Arroz/ Feijão carioca/Tirinhas de frango/ Salada de acelga/Fruta
5 ^o	SEG	Leite com achocolatado/ Biscoito maisena	Macarrão ao molho de tomate com carne moída e salsa/Salada de cenoura/ Refresco

oio sujeito à alterações.

Bom apetite!!

*Refresco: foi substituído pelo suco natural de uva, sem adição de açúcar



CARDÁPIO ABRIL 2014
MERENDA ITAPEVI
EMEI - EMEF



Data	Dia	Desjejum/Lanche	Almoço
/Abr	TER	Bebida láctea de abacaxi com coco/ Biscoito maisena	Arroz/ Feijão Carioca / com Carne desfiada ao molho de tomate e salsa/Salada de cenoura/Refresco
/Abr	QUA	Iogurte de frutas / Pão com margarina	Arroz/Feijão Carioca/ Frango refogado com chuchu e salsa/Salada de beterraba/ Fruta
/Abr	QUI	Bebida láctea de salada de frutas / Bolinho individual de laranja	Arroz com cenoura / Carne moída ao molho de tomate com batata e salsa/Salada de alface/Fruta
/Abr	SEX	Leite com achocolatado / Bisnaguinha com requeijão	Arroz/ Feijão Carioca /Omelete com tomate e salsa /Salada de acelga/Fruta
/Abr	SEG	Leite com flocos de milho	Macarrão ao molho de tomate com iscas de frango e salsa/Salada de beterraba/ Refresco
/Abr	TER	Bebida a base de soja abacaxi / Biscoito rosca leite	Arroz/ Feijão carioca/Ovos mexidos com tomate e salsa/Salada de acelga/ Refresco
/Abr	QUA	Iogurte de frutas/ Pão integral com requeijão	Arroz/ Feijão preto/ Farofa de linguça com cenoura e salsa/Couve refogada/Fruta
/Abr	QUI	Bebida láctea de morango / Bisnaguinha c/ margarina	Arroz com salsa / Carne em cubos com abobrinha e salsa/Salada de alface/Fruta
/Abr	SEX	Leite com achocolatado / Pão com geléia	Arroz/ Feijão carioca/Tirinhas de frango/Salada de repolho/ Fruta
/Abr	SEG	Bebida láctea de chocolate/ Biscoito rosca de leite	Macarrão ao molho de tomate com frango e salsa/Salada de chuchu/ Refresco
/Abr	TER	Bebida láctea de salada de frutas/ Biscoito maria	Arroz/ Feijão carioca/Peixe ao molho com batata/Salada de beterraba/Refresco
/Abr	QUA	Iogurte de frutas/ Biscoito de coco	Arroz/ Feijão carioca/Omelete com cenoura e salsa /Salada de alface/Fruta
/Abr	QUI	PONTO FACULTATIVO	
/Abr	SEX	FERIADO	
/Abr	SEG	FERIADO	
/Abr	TER	Bebida a base de soja mamão c/ laranja / Biscoito salgado	Macarrão ao molho de tomate com salsicha e salsa/Salada de repolho/ Refresco
/Abr	QUA	Iogurte de fruta/ Biscoito rosca leite	Arroz/ Feijão carioca/Ovos mexidos com cenoura e salsa/Salada de pepino/Fruta
/Abr	QUI	Bebida láctea de chocolate / Biscoito maisena *	Arroz com salsa/Frango ao molho de tomate com batata e salsa/Salada de alface/Fruta *
/Abr	SEX	Leite com flocos de milho*	Arroz/ Feijão carioca/Carne moída com abobrinha e salsa/Salada de acelga/Fruta *
/Abr	SEG	Leite com achocolatado /Biscoito maria	Macarrão ao molho de tomate com carne moída e salsa/Salada de beterraba/ Refresco
/Abr	TER	Bebida láctea de morango / Biscoito rosca milho	Arroz/ Feijão carioca/Omelete com cenoura e salsa /Salada de chuchu/Refresco
/Abr	QUA	Iogurte de fruta/Biscoito salgado	Arroz/ Feijão carioca/Tirinhas de frango/Salada de alface/Fruta

Cardápio sujeito à alterações.

*Refresco: foi substituído pelo suco natural de uva, sem adição de açúcar



CARDÁPIO MAIO 2014
MERENDA ITAPEVI
EMEI - EMEF



	Dia	Desjejum/Lanche	Almoço
01	QVI	FERIADO	
02	SEX	PONTO FACULTATIVO	
03	SEG	Leite com enriquecedor de morango/ Biscoito rosca de milho	Macarrão ao molho de tomate com salsicha e salsa/Salada de repolho/ Refresco
04	TER	Bebida láctea de chocolate/ Biscoito maisena	Arroz/ Feijão carioca/Omelete com cenoura e salsa/Salada de acelga/ Refresco
05	QUA	Iogurte de frutas / Pão com margarina	Arroz/Feijão Carioca/ Frango refogado com chuchu e salsa/Salada de beterraba/ Fruta
06	QVI	Bebida láctea de salada de frutas / Bolinho individual de chocolate	Arroz com cenoura / Carne moída ao molho de tomate com batata e salsa/Salada de alface/Fruta
07	SEX	Leite com achocolatado / Biscoitinho com requeijão	Arroz/ Feijão Carioca / Tirinhas de frango / Salada de pepino/Fruta
08	SEG	Leite com flocos de milho	Macarrão ao molho de tomate com iscas de frango e cheiro verde/Salada de beterraba/ Refresco
09	TER	Bebida a base de soja abacaxi / Biscoito rosca leite	Arroz/ Feijão carioca/Carne em cubos ao molho de tomate /Salada de repolho/ Refresco
10	QUA	Iogurte de frutas/ Pão integral com requeijão	Arroz/ Feijão preto/ Farofa de linguiça com cenoura e salsa/Couve refogada/ Salada de alface / Fruta
11	QVI	Bebida láctea de chocolate / Biscoitinho com geléia	Arroz com talos de salsa / Carne moída ao molho de tomate com batata e salsa/Salada de cenoura/Fruta
12	SEX	Leite com enriquecedor de morango/ Pão com margarina	Arroz/Feijão Carioca/ Frango refogado com abóbora e salsa/Salada de chuchu/ Fruta
13	SEG	Leite com achocolatado/ Biscoito rosca de leite	Macarrão ao molho de tomate com carne moída e salsa/Salada de cenoura/ Refresco
14	TER	Bebida láctea de morango/ Biscoito maria	Arroz/ Feijão carioca/Frango em iscas com chuchu/Salada de acelga/ Refresco
15	QUA	Iogurte de frutas/ Biscoitinho integral com margarina	Arroz/ Feijão carioca/Peixe ao molho de tomate com batata e salsa /Salada de beterraba/Fruta
16	QVI	Bebida láctea de abacaxi c/ coco/ Pão c/ requeijão	Arroz com salsa/Carne em cubos refogada com cenoura e salsa/ Salada de alface/Fruta
17	SEX	Leite com enriquecedor de morango/ Biscoitinho c/ margarina	Arroz/ Feijão carioca/Omelete com tomate e salsa/Salada de chuchu /Fruta
18	SEG	Leite com flocos de milho	Macarrão ao molho de tomate com salsicha e salsa/Salada de beterraba/ Refresco
19	TER	Bebida a base de soja mamão c/ laranja / Biscoito rosca coco	Arroz/ Feijão carioca/ Carne em iscas refogada com cenoura/Salada de repolho/ Refresco
20	QUA	Iogurte de fruta/ Pão com requeijão	Arroz/ Feijão carioca/Ovas mexidas com cenoura e salsa/Salada de pepino/Fruta
21	QVI	Bebida láctea de salada de frutas / Biscoitinho integral com margarina	Arroz com salsa/Frango ao molho de tomate com batata e salsa/Salada de alface/Fruta
22	SEX	Leite com achocolatado/ Pão com geléia	Arroz/ Feijão Carioca /Fígado acebolado /Salada de acelga à vinagrete/Fruta

pio sujeito à alterações.

Uma criança

*Refresco: foi substituído pelo suco natural de uva, sem adição de açúcar



CARDÁPIO JUNHO 2014
MERENDA ITAPEVI
EMEI - EMEF



Data	Dia	Desjejum/Lanche	Almoço
/Jun	SEG	Leite com enriquecedor de morango/ Biscoito rosca de leite	Macarrão ao molho de tomate com salsicha e salsa/ Refresco
/Jun	TER	Bebida láctea de chocolate/ Biscoito maisena	Arroz/Feijão Carioca/ Frango refogado com chuchu e cheiro verde/Salada de beterraba/ Refresco
/Jun	QUA	Iogurte de frutas / Pão com margarina	Arroz/Feijão Carioca/Ovos mexidos com tomate e salsa /Salada de pepino/ Fruta
/Jun	QUI	Bebida láctea de salada de frutas / Bolinho individual de chocolate	Arroz com cenoura / Carne cubos ao molho de tomate com batata e salsa/Salada de alface/Fruta
/Jun	SEX	Leite com achocolatado / Biscoitinho com requeijão	Arroz/ Feijão Carioca /Peixe ao molho com batata e salsa /Salada de acelga/Fruta
/Jun	SEG	Leite com flocos de milho	Macarrão ao molho de tomate com iscas de frango e salsa/Salada de beterraba/ Refresco
/Jun	TER	Bebida a base de soja abacaxi / Biscoito rosca leite	Arroz/ Feijão carioca/Carne moída com chuchu e salsa/Salada de acelga/ Refresco
1/Jun	QUA	Iogurte de frutas/Biscoito salgado	Arroz/ Feijão preto/ Farofa de linguíça com cenoura e salsa/Couve refogada/Fruta
2/Jun	QUI	PONTO FACULTATIVO	
3/Jun	SEX	Bebida láctea de chocolate/ Biscoito maria	Arroz/Feijão Carioca/Carne em cubos com batata / Salada de repolho/ Fruta
5/Jun	SEG	Leite com enriquecedor de morango/ Biscoito rosca de leite	Macarrão ao molho de tomate com carne moída e salsa/Salada de cenoura/ Refresco
7/Jun	TER	PONTO FACULTATIVO	
8/Jun	QUA	Bebida láctea de chocolate / Biscoito salgado	Risoto de frango desfiado com cenoura, vagem e salsa /Refresco
9/Jun	QUI	FERIADO	
10/Jun	SEX	PONTO FACULTATIVO	
13/Jun	SEG	PONTO FACULTATIVO	
14/Jun	TER	Bebida láctea de chocolate / Biscoito rosca coco	Macarrão ao molho de tomate com iscas de frango e salsa/Salada de cenoura com salsa/ Refresco
15/Jun	QUA	Iogurte de fruta/Biscoito maisena	Arroz/ Feijão carioca/Figado acebolado/Salada de pepino/Refresco
16/Jun	QUI	Leite com flocos de milho	Arroz com salsa/Omelete com tomate e salsa/Salada de alface/Fruta
17/Jun	SEX	Leite com achocolatado/ Biscoito salgado	Arroz/ Feijão Carioca /Tirinhas de frango / Salada de acelga à vinagrete/Fruta
19/Jun	SEG	RECESSO	

Cardápio sujeito a alterações.

*Refresco: foi substituído pelo suco natural de uva, sem adição de açúcar

ANEXO 13. PLANO DE AÇÃO



Memo S.M.S C.M Nº ____ /2016

Itapevi, ____ de Janeiro de 2016.

Ao _____

Assunto: Pesquisa de Mestrado Profissional realizada pela Nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde de Itapevi

Pelo presente venho encaminhar para vossa apreciação um breve resumo da pesquisa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva intitulada “Ações de alimentação e nutrição, no âmbito de políticas públicas em ambiente escolar, para prevenção e controle da obesidade infantil no município de Itapevi - SP” realizada pela Nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde.

Aproveito para convidá-lo a participar da defesa da dissertação, a qual acontecerá no dia 26 de fevereiro de 2016 às 9:30 no Instituto de Saúde, localizado na Rua Santo Antonio nº 590 – Bela Vista - São Paulo.

Grata,

Mariangela Batista
Nutricionista

Ciente,

Mariana Santos Barreto
Chefe Administrativo da Saúde

A/C
Nome dos Secretário da Saúde e Educação

APRESENTAÇÃO

Este documento é composto de um breve resumo dos seguintes tópicos da pesquisa realizada:

1. Introdução
2. Justificativa
3. Objetivo geral e objetivos específicos
4. Metodologia
5. Resultados

Por fim, no tópico 6, segue o plano de ação proposto a partir dos resultados encontrados e dos encontros realizados com os profissionais da Saúde e da Educação. Em anexo segue um modelo do Termo de Compromisso do Programa Saúde na Escola.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a prevalência de sobrepeso e obesidade tem crescido substancialmente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (WHO, 2015). Entre as crianças e adolescentes, além do fato de a obesidade se relacionar ao desenvolvimento de doenças crônicas como Diabetes *mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica, também se verifica associação a quadros de depressão, ansiedade e insegurança, os quais podem impactar no relacionamento familiar e no rendimento escolar e, também, desenvolver sentimentos de insatisfação quanto à própria imagem corporal (LUIZ e col, 2005; GLIBER, 2012; CDC, 2015; WHO, 2000).

No Brasil, em um período de pouco mais de 30 anos (1974-1975 e 2008-2009), a prevalência de sobrepeso e obesidade entre meninos de 5 a 9 anos de idade aumentou de 10,9% para 34,8% e de 2,9% para 16,6%, respectivamente. Entre as meninas, o sobrepeso aumentou de 8,6% para 32% e a obesidade de 1,8% para 11,8% (IBGE, 2010).

Diante deste crescente problema mundial, intervenções voltadas para o controle e combate da obesidade são de grande importância. No contexto da obesidade infantil, as ações focadas na comunidade e no ambiente escolar tendem a impactar na saúde das crianças e de seus familiares (WHO, 2012).

Dentre os Programas e Políticas Públicas para Promoção da Saúde e da Alimentação Saudável no contexto escolar brasileiro, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), criado em 1955, tem como atribuições o atendimento das necessidades nutricionais dos alunos durante sua permanência na escola e a formação de hábitos alimentares saudáveis por meio da Educação Alimentar e Nutricional (EAN). Mais recentemente, em 2007, foi criado pelos Ministérios da Saúde e da Educação o Programa de Saúde Escolar - PSE, o qual tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de ensino, por meio de ações integradas e

articuladas entre as escolas e as Equipes de Saúde (MS e ME, 2011; JAIME e col, 2013).

2. JUSTIFICATIVA

Em janeiro de 2011, o Programa Recreação pelo Movimento (PRM) do Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP) da Secretaria Municipal de Educação (SME) de Itapevi promoveu a implementação de um projeto denominado “Avaliação do estado nutricional de escolares” (AENE) em todas as 42 as escolas de ensino fundamental.

O projeto nas escolas municipais de Itapevi contempla as seguintes etapas:

- Fase 1: sensibilização dos escolares por meio de aulas teóricas para estimular sua participação voluntária e despertar o interesse sobre composição corporal, estado nutricional e saúde.
- Fase 2: coleta dos dados de peso e estatura.
- Fase 3: cálculo do IMC e retorno dos resultados aos avaliados e familiares.
- Fase 4: encaminhamento para o Ambulatório de Obesidade Infantil das crianças com obesidade e encaminhamento para o pediatra das crianças com desnutrição.

Segundo os dados do AENE de Itapevi, a prevalência de excesso de peso entre os escolares vem crescendo anualmente.

Em 2013 o município aderiu ao PSE pactuando as ações obrigatórias a serem realizadas em 41 escolas municipais, sendo que destas, 20 oferecem o ciclo 1 do ensino fundamental (1º ao 5º ano).

Segundo as normas do PSE, as escolas contempladas pelo Programa devem funcionar de modo que as atividades em saúde a serem desenvolvidas façam parte do Projeto Político Pedagógico escolar e se vinculem às Equipes de Saúde de sua abrangência (MS e ME, 2011). Preconiza-se também a existência de um Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM), composto obrigatoriamente e minimamente por representantes das Secretarias de Saúde e Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais, representantes de políticas e movimentos sociais (MS e ME, 2015).

Em Itapevi, no ano 2013/2014, as ações do PSE foram realizadas pontualmente, de forma incipiente e não articuladas às Redes de Saúde. Os sistemas do programa (e-SUS AB e SIMEC) não foram alimentados com tais ações e não houve continuidade do GTIM construído inicialmente.

Também em 2013 foi implantado e implementado o Ambulatório de Obesidade Infantil, o qual atende crianças obesas (IMC acima do percentil 97 da curva OMS, 2007) de 6 a 11 anos de idade. Estas crianças são encaminhadas pelas escolas, por meio do projeto AENE, e pelos próprios profissionais da Rede Básica de Saúde.

Ao considerar o ambiente escolar favorável às práticas de promoção da saúde e controle da obesidade infantil, condição que vem se agravando em Itapevi, conforme mencionado anteriormente, faz-se necessário ampliar, potencializar e articular as ações já desenvolvidas nas áreas da Educação e da Saúde no sentido de integrá-las aos propósitos do PSE, visando, deste modo, a melhoria das condições de saúde e nutrição dos escolares da rede municipal de Itapevi.

3. OBJETIVO GERAL

Avaliar ações de alimentação e nutrição, no âmbito do PSE, com vistas à elaboração de um plano de ação para prevenção e controle da obesidade infantil nas escolas municipais de Ensino Fundamental do município de Itapevi - SP.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar a prevalência de excesso de peso em estudantes do Ciclo I do Ensino Fundamental das escolas municipais;
- Analisar o cardápio fornecido na alimentação escolar;
- Identificar e avaliar as ações de alimentação saudável e nutrição e de atividade física realizadas no âmbito escolar;
- Viabilizar a articulação de ações entre os setores da Saúde e da Educação do município para a construção de um plano de ação em prol da saúde e nutrição dos escolares.

4. METODOLOGIA

O protocolo da pesquisa deste estudo foi aprovado em 12 de março de 2015 pelo Comitê de Ética da Secretaria de Estado da Saúde sob o número 983.048. O presente estudo se configura em uma pesquisa avaliativa desenvolvida no município de Itapevi – SP em todas as escolas públicas que oferecem o Ciclo I do Ensino Fundamental, e compreende os seguintes diagnósticos cujos dados referem-se a 2104: 1) estado nutricional dos escolares, classificado de acordo com os pontos de corte de IMC estabelecidos por Cole et al.; 2) análise qualitativa da alimentação escolar, segundo as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira e do Programa

Nacional de Alimentação Escolar PNAE/FNDE e; 3) verificação da inclusão de temas relacionados a Nutrição e Atividade Física nas atividades curriculares e extracurriculares, por meio de questionário. Após a finalização dos diagnósticos foram realizados encontros com gestores e profissionais das áreas da Saúde e da Educação no sentido de aproximar estes setores para discussão e elaboração do plano de ação. Os encontros foram registrados em atas.

Os procedimentos metodológicos adotados especificamente para a realização de cada um dos diagnósticos acima citados encontram-se descritos de forma mais detalhada na Dissertação a ser disponibilizada a partir de março de 2016.

5. RESULTADOS

5.1. ESTADO NUTRICIONAL

De acordo com a Gráfico 1, verifica-se que cerca de $\frac{1}{4}$ das crianças apresentavam excesso de peso, sendo que aproximadamente 15% dos meninos e 18% das meninas estavam com sobrepeso, enquanto a proporção de obesos, independente do sexo, mostrou-se bastante semelhante, próximo a 9%.

Quanto à faixa etária, a prevalência de sobrepeso mostrou-se crescente em ambos os sexos, embora no grupo feminino num patamar mais elevado (na faixa etária de 10 ou mais anos de idade alcança quase cinco pontos percentuais acima da dos meninos: 21,4% x 16,8%). Já a prevalência de obesidade apresentou-se entre 8,5% e 9,5% nas idades entre 5 e 9 anos, assumindo valor bem mais reduzido, aproximadamente 6%, entre as meninas mais velhas (Gráfico 2).

Gráfico 1. Prevalência (%) de sobrepeso e obesidade em escolares, segundo sexo. Município de Itapevi, SP – 2014.

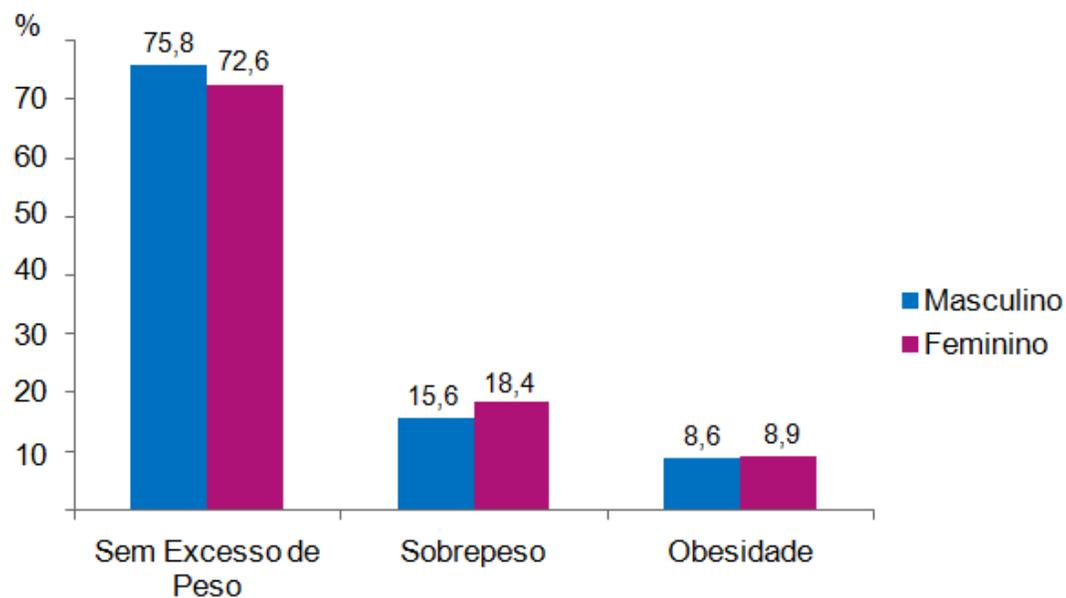
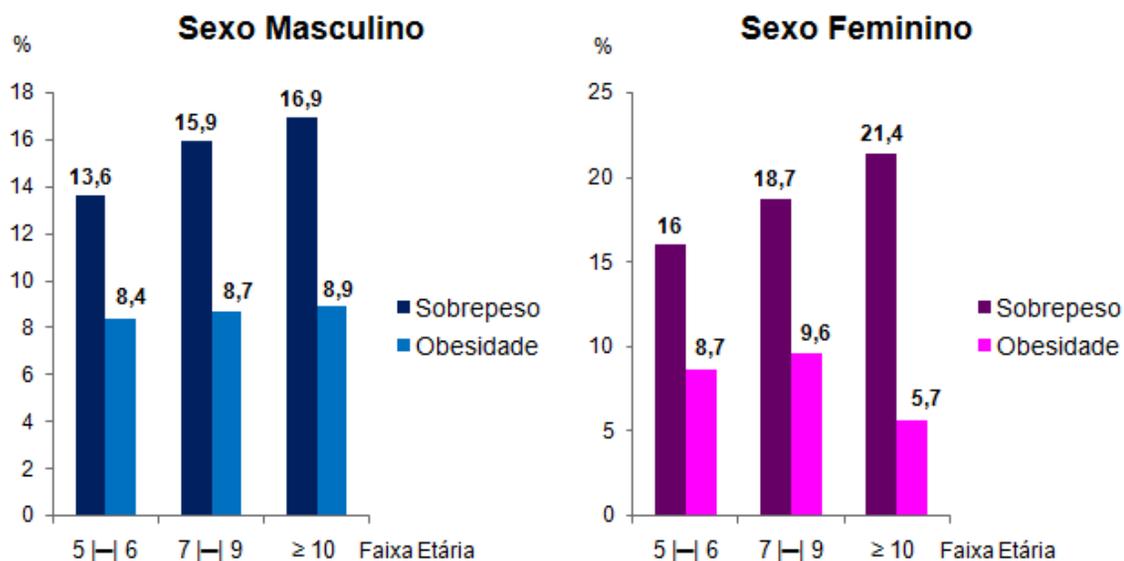
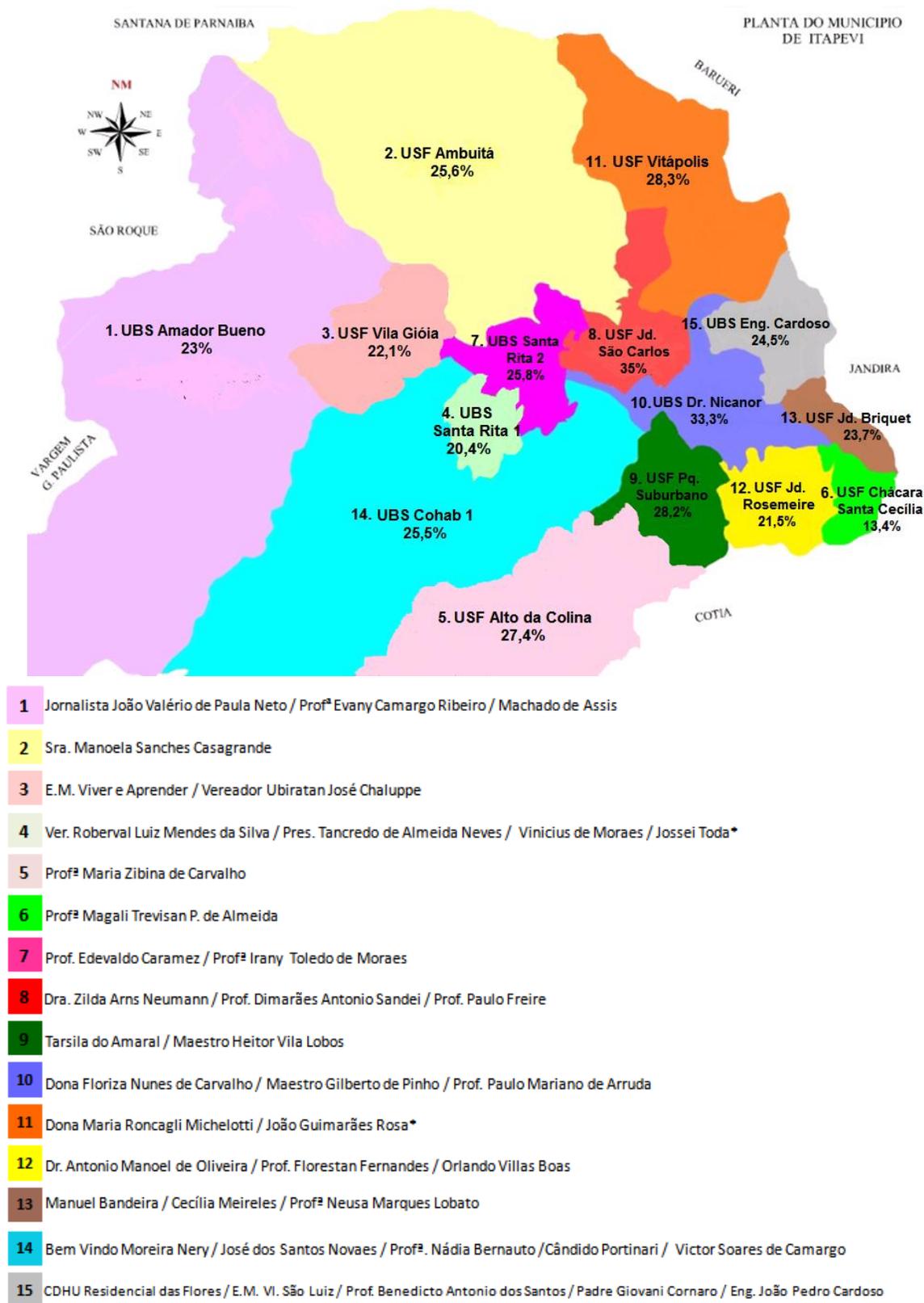


Gráfico 2. Prevalência (%) de sobrepeso e obesidade em escolares, segundo sexo e faixa etária. Município de Itapevi, SP – 2014.



A prevalência de excesso de peso entre os escolares por área de abrangência das Unidades de Saúde (Figura 1) no município de Itapevi variou entre 13,4% e 35%. A USF Chácara Santa Cecília apresenta a menor prevalência e as unidades USF Jardim São Carlos e a UBS Dr. Nicanor, as quais são adjacentes, apresentam prevalências de 35% e 33,3%, respectivamente.

Figura 1. Prevalência por excesso de peso de acordo com as escolas e área de abrangência das Unidades de Saúde. Itapevi, 2014.



5.2. ALIMENTAÇÃO ESCOLAR

No que se refere à análise qualitativa dos cardápios, segundo as categorias de alimentos do Guia Alimentar Para a População Brasileira – 2ª Versão, verifica-se que na média dos meses analisados a refeição do desjejum/lanche da tarde foi composta de 68,7% de alimentos ultraprocessados (achocolatados, enriquecedor de morango, bebida láctea, biscoitos, bebida à base de soja, flocos de milho, bolinhos, bisnaguinha, margarina e requeijão), seguido de 22,7% de alimentos *in natura* ou minimamente processados (leite e iogurte de frutas sem adição de açúcar e corantes) e 8,6% de alimentos processados (pão e geleia de frutas sem conservantes). Já no almoço, a relação dessas categorias apresentou-se invertida, sendo os alimentos *in natura* e minimamente processados a base da refeição (88,9%). Nesta categoria estão incluídos o arroz, feijão, farinhas, verduras, legumes, frutas, suco natural sem adição de açúcar, carnes, peixes, frango e ovos. Em seguida vêm os alimentos ultraprocessados (7,6%), representados pelo molho de tomate, salsicha e lingüiça, e por último os alimentos processados (3,5%), representado pelo macarrão.

Dentre as recomendações propostas pelo PNAE/FNDE, os cardápios atenderam, em todas as semanas, a do fornecimento de frutas e hortaliças. Com relação às bebidas proibidas e aos doces e preparações doces, verificou-se não concordância com a legislação em algumas semanas.

5.3. INSERÇÃO DE ATIVIDADES CURRICULARES E EXTRACURRICULARES REFERENTES AOS TEMAS “ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E NUTRIÇÃO” E “ATIVIDADE FÍSICA” NO AMBIENTE ESCOLAR

Os temas de Alimentação Saudável e de Nutrição estiveram presentes em disciplinas de todas as escolas analisadas, equivalente a 75% das escolas municipais que oferecem o Ciclo I do Ensino Fundamental, assim como atividades referentes a este tema foram realizadas em todas elas, com destaque para o “Dia/Semana da Alimentação Saudável”, “Degustação de Alimentos”, “Oficina Culinária”, “Palestras” e “Horta Escolar”. A disciplina de Educação Física também constava no currículo de quase a totalidade das escolas, sendo que 80% destas ofereceram atividades físicas e esportes extracurriculares.

Foi relatado na questão aberta que os fatores que auxiliam a inclusão do tema “Alimentação Saudável e Nutrição” nos Projetos Políticos Pedagógicos são o apoio da Secretaria de Educação e dos Professores, a presença de Nutricionista e cardápio elaborado, a existência do Projeto AENE e o fato do tema ser agradável de trabalhar. Embora quase a metade (46%) das escolas não tenha identificado fatores que dificultam a inclusão deste tema no PPP, entre os fatores citados destacam-se a falta de apoio da família e de recursos financeiros da mesma para seguir as orientações dadas na escola.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CDC. Center Of Control Disease and Prevention. Childhood Obesity Facts. [acesso em 12 dez 2015]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/healthyschools/obesity/facts.htm>.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM e Dietz WH. Establishing a standard definition for a child overweight and obesity worldwide: internacional survey. *BMJ*. 2000; (320):1-6.

FNDE - Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Resolução nº 26 de 17 de Junho de 2013.

FNDE - Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Nota Técnica nº 01/2014 – COSAN/CGPAE/DIRAE/FNDE. Brasília, 15 de janeiro de 2014.

Gliber AR. Um estudo compreensivo da personalidade de crianças obesas: enfoque kleiniano [dissertação de mestrado]. Universidade de São Paulo, 2012. 117 pg.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Gerência da Pesquisa de Orçamentos Familiares. 2010.

Jaime PC, Silva ACF, Gentil PC, Claro RM e Monteiro CA. Brazilian obesity prevention and control initiatives. *Obesity Reviews*. 2013; 14(2):88–95.

Luiz AMAG, Gorayaeb R, Junior RDRL e Domingos NAM. Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*. 2005; 10(3):371-375.

MS e ME - Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Educação, 2011.

MS e ME - Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Caderno do gestor do PSE. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Educação, 2015.

WHO – World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva. 2000.

WHO – World Health Organization. Population based approaches to childhood obesity prevention. Geneva. 2012.

WHO – World Health Organization. Overweight and obesity. Adults aged 18+. [acesso em 29 maio 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_text/en/

6. PLANO DE AÇÃO PROPOSTO

O plano de ação aqui sugerido foi elaborado a partir dos resultados encontrados na pesquisa e das discussões realizadas com os profissionais das áreas da Saúde e da Educação. As propostas de mudanças estão pautadas em 2 eixos: Alimentação Escolar e Programa Saúde na Escola.

➤ Alimentação Escolar

Partindo-se do pressuposto que a alimentação escolar deve ser considerada uma ferramenta importante para a formação de bons hábitos alimentares entre as crianças e, conseqüentemente, para o controle e combate à obesidade infantil, as mudanças aqui sugeridas estão direcionadas somente para a refeição do desjejum/lanche da tarde e visam aumentar o fornecimento de alimentos *in natura* e minimamente processados, bem como de preparações culinárias, e diminuir o fornecimento de alimentos ultraprocessados. As opções descritas levam em consideração as dificuldades relatadas pela profissional responsável por sua elaboração. Caberá à mesma ponderar se essas propostas são pertinentes e viáveis de serem incluídas em um adendo ao contrato atual firmado com a empresa terceirizada ou se, em último caso, poderão ser incorporadas no próximo processo licitatório para contratação de uma nova empresa.

Seguem abaixo informações sobre a frequência de alimentos e preparações estabelecidos no atual memorial descritivo dos cardápios escolares e as sugestões propostas (Quadro 1):

Quadro 1. Frequência de alimentos e preparações no cardápio do desjejum/lanche da tarde atual e proposta sugerida.

Alimento / Preparação	Frequência atual	Frequência sugerida
Leite Fluído Integral	2 vezes por semana	3 vezes por semana
Bebida Láctea	2 vezes por semana	1 vez por semana
logurte de Frutas	1 vez por semana	1 vez por semana
Achocolatado	1 vez por semana	1 vez a cada 15 dias
Pão tipo bisnaguinha	2 vezes por semana	1 vez por semana
Pão integral	1 vez por semana	1 vez por semana
Biscoitos Doces ou Salgados	1 vez por semana	1 vez a cada 15 dias
Cereal de Milho	1 vez a cada 15 dias	1 vez a cada 15 dias
Bolo simples individual	1 vez a cada 15 dias	1 vez por mês
Geleia de frutas	1 vez por semana	1 vez a cada 15 dias
Margarina	1 vez por semana	1 vez a cada 15 dias
Manteiga	-	1 vez a cada 15 dias
Requeijão	1 vez por semana	1 vez por semana
Frutas	-	2 vezes por semana
Torrada	-	1 vez por semana
Canjica ou Arroz Doce ou Mingau	-	1 vez cada 15 dias
Tapioca	-	1 vez a cada 15 dias

Verifica-se no quadro acima que a proposta é aumentar a frequência de alguns alimentos já incluídos no atual cardápio, e considerados adequados, como é o caso do leite fluído, e em contrapartida reduzir produtos ultraprocessados, como é o caso da bebida láctea.

Alguns alimentos, como a manteiga, são sugeridos para inclusão em alguns dias do cardápio. A manteiga em substituição à margarina, em alguns dias, contribuirá para a redução de alimentos ultraprocessados, visto que a

primeira é composta por produtos extraídos de alimentos minimamente processados e da natureza (gordura do leite e o sal), em comparação à segunda, que em sua formulação utiliza estabilizantes, conservantes, entre outros aditivos, caracterizando-a como alimento ultraprocessado.

As preparações culinárias incluídas na proposta, como a tapioca, a canjica, o mingau e o arroz doce também podem servir como substituição ao fornecimento de alimentos ultraprocessados. É importante ressaltar que na preparação das mesmas não sejam utilizados produtos pré-preparados. Além disso, é importante que se realizem testes de aceitabilidade para todas estas preparações inseridas no cardápio.

Com relação às frutas, seria interessante manter as três (03) porções já incluídas no almoço e adicionar mais 02 (duas) porções na refeição do desjejum/ lanche da tarde. No entanto, caso essa proposta não seja viável, uma alternativa será distribuir essas três porções entre estas duas refeições. Como no almoço já é ofertado 02 (duas) vezes na semana o suco natural de uva sem adição de açúcares e conservantes, a fruta *in natura* poderia ser incluída somente 01 (uma) vez nesta refeição, deixando as outras 02 (duas) porções para serem ofertadas no desjejum/lanche da tarde. Esta simples distribuição também contribuirá para a redução de alimentos ultraprocessados. Exemplo: vitamina de fruta x bebida à base de soja.

Especial atenção deverá ser dada à oferta semanal de doces e preparações doces (bebida láctea, geleia de frutas, achocolatado e cereal matinal), de modo que não seja ultrapassada a frequência máxima de duas porções por semana.

➤ Programa Saúde na Escola – PSE

O PSE contribui para o desenvolvimento integral das crianças e adolescentes e proporciona à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem Saúde e Educação.

Para adesão ao PSE é necessário que se crie um Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM), composto obrigatoriamente e minimamente por representantes das Secretarias de Saúde e Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais, representantes de políticas e movimentos sociais (BRASIL, 2015). Fica a encargo do GTIM definir as escolas a serem incluídas no programa; possibilitar a integração das escolas com as Equipes de Saúde; apoiar, garantir e qualificar a execução das metas assinadas no termo de compromisso; articular a inclusão dos temas propostos pelo programa no projeto político pedagógico das escolas; apoiar e garantir o preenchimento dos sistemas de monitoramento do programa; participar do planejamento da Educação Permanente e propor estratégias para cooperação entre estados e municípios, garantindo o recebimento e utilização por parte da Atenção Básica dos materiais enviados pelos Ministério da Educação (BRASIL, 2015).

Como dito anteriormente na justificativa desta pesquisa, a adesão ao PSE no município de Itapevi ocorreu no ano de 2013 para 41 escolas e creches. No entanto, as ações obrigatórias pactuadas, as quais deveriam ter sido realizadas em conjunto pelas escolas e pelas Equipes de Saúde de sua abrangência, não ocorreram de forma articulada, assim como os sistemas não foram alimentados e não houve continuidade do GTIM construído inicialmente. Neste sentido, e frente ao problema da obesidade infantil que vem crescendo anualmente no município, foram organizados encontros com profissionais das escolas, das Unidades de Saúde e das Secretarias de Saúde e Educação para se pensar em uma possibilidade de reconstrução do PSE, desde as escolas a serem pactuadas até a construção de um GTIM.

Segue abaixo a proposta apresentada com todas as informações. No Quadro 2 consta o Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal sugerido.

Quadro 2. Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal - GTIM.

Profissionais da Saúde	Profissionais da Educação	Outros Profissionais
Coordenador da Atenção Básica	Coordenador da Alimentação Escolar	Coordenador do Núcleo de Qualidade de Vida (Secretaria de Esportes e Lazer)
Coordenador de Alimentação e Nutrição	Membro do NAP e do Projeto AENE	
Coordenador da Saúde da Criança	1 representante por escola	
Coordenador da Unidade de Avaliação e Controle		
Psicólogo do Ambulatório de Obesidade Infantil		
Nutricionista do Ambulatório de Obesidade Infantil		
Médico do Ambulatório de Obesidade Infantil		
1 representante por USF		

Nos encontros realizados, cinco (05) escolas, em abrangência de três (03) Unidades de Saúde, foram escolhidas como prioritárias para repactuação do PSE (Quadro 3). Dentre as ações obrigatórias a serem realizadas nestas escolas, as que se referem à promoção da segurança alimentar e promoção da alimentação saudável foram as incluídas na discussão. Sendo assim, dois (02) projetos foram sugeridos:

- 1) Inclusão da Equipe de Saúde nas atividades da Horta Escolar, desenvolvida em três (03) das cinco (05) escolas selecionadas;
- 2) Inclusão da Equipe de Saúde na fase de devolutiva do Projeto AENE aos alunos e pais, a ser realizado nas cinco (05) escolas selecionadas. Tal

proposta foi sugerida devido ao relato tanto dos profissionais da Saúde quanto dos profissionais da Educação sobre a dificuldade da adesão familiar nas ações realizadas por ambos. Neste sentido, ao aproveitar a presença dos pais nas escolas a Equipe de Saúde poderá desenvolver as ações do PSE, em especial as ações de “Promoção da Segurança Alimentar e Promoção da Alimentação Saudável”, tanto para educandos quanto para familiares.

Quadro 3. Repactuação do PSE: escolas prioritárias, de acordo com Unidades de Saúde e Projetos de Ação.

Escola	Unidade de Saúde	Nº de Alunos	Projetos de Ação
CEMEB Sra. Manoel Sanches Casagrande	USF Jd. Ambuitá	181	- A Família na Escola
CEMEB Dr. Antonio Manoel de Oliveira	USF Jd. Rosemeire	775	- A Família na Escola - Horta Escolar
CEMEB Orlando Villas Boas	USF Jd. Rosemeire	71	- A Família na Escola - Horta Escolar
CEMEB Prof. Florestan Fernandes	USF Jd. Rosemeire	534	- A Família na Escola - Horta Escolar
CEMEB Prof. Dimarães Antonio Sandei	USF São Carlos	148	- A Família na Escola

O papel específico de cada profissional da Saúde e da Educação nas ações propostas não foi estabelecido nas discussões realizadas. Caberá ao GTIM a organização, junto aos profissionais envolvidos, de todos os detalhes das atividades a serem realizadas. No Quadro 4 segue uma proposta abrangente dos projetos, dos seus objetivos, dos possíveis profissionais envolvidos e dos possíveis recursos materiais e humanos a serem utilizados.

Cabe ressaltar que devido ao relato dos profissionais sobre as dificuldades para inclusão e monitoramento dos dados nos sistemas específicos (e-SUS AB e SIMEC), sugere-se que, caso essa proposta venha a ser consolidada, sejam disponibilizados funcionários encarregados especificamente para essas atividades, tanto nas Unidades de Saúde quanto nas Escolas. Outra opção é centralizar a inserção e o monitoramento destes dados em um único local.

Quadro 4. Especificações dos Projetos de Ação.

Projetos de ação	Objetivos	Quando?	Profissionais das Escolas envolvidos	Profissionais das USF envolvidos	Apoio de Materiais e Recursos Humanos
A Família na Escola	Trabalhar o tema da alimentação saudável com os alunos e suas famílias	Inserir as atividades no dia do evento de devolutiva do Projeto AENE para pais e alunos	Coordenador Pedagógico Professores de Educação Física Outros profissionais escolhidos nas discussões do GTIM	Profissionais da Enfermagem ACS Outros profissionais escolhidos nas discussões do GTIM	RH: Nutricionistas da Secretaria de Saúde e Educação Materiais: Guia Alimentar Para População Brasileira 2ª Versão (Ministério da Saúde)
Horta Escolar	Discutir sobre alimentação e nutrição e higiene dos alimentos com os alunos	Inserir os temas nos dias das atividades do Programa Mais Educação	Coordenador Pedagógico Professores do Programa Mais Educação Outros profissionais escolhidos nas discussões do GTIM	Profissionais da Enfermagem ACS Outros profissionais escolhidos nas discussões do GTIM	RH: Nutricionistas da Secretaria de Saúde e Educação Materiais: Manual para escolas – Horta (Ministério da Saúde)

ANEXO 1**TERMO DE COMPROMISSO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)**

Termo de Compromisso que firmam as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação do Município ITAPEVI/SP com o objetivo de pactuar e formalizar as responsabilidades e metas inerentes à execução do Programa Saúde na Escola nos territórios de responsabilidade compartilhada, visando o desenvolvimento das ações de promoção e atenção à saúde e de prevenção das doenças e agravos relacionados à saúde dos escolares, para fins de recebimento de recursos financeiros e materiais.

Município de ITAPEVI/SP, por intermédio da sua Secretaria de Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 46523031000128, e Secretaria de Educação, inscrita no CNPJ sob nº 43523031000128, neste ato representados pelo seu Secretário de Saúde _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____ e Secretário de Educação, _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____ considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e 205, as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, o Decreto nº 7.508/2011, e considerando, ainda, o que dispõe o Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola - PSE, celebram o presente Termo de Compromisso, nos termos a seguir estabelecidos e ratificados pela declaração constante do Anexo I que integra o presente instrumento:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso Municipal/do Distrito Federal do Programa Saúde na Escola (PSE) tem por objetivo a conjugação de esforços visando à promoção e atenção à saúde e de prevenção das doenças e agravos relacionados à saúde dos escolares do Programa Saúde na Escola, articulada de forma intersetorial entre as redes de saúde e de educação e, ainda, a promoção de ações de formação de profissionais de saúde e educação nos seus territórios de responsabilidades compartilhada.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO REPASSE DO INCENTIVO FINANCEIRO

O valor total do incentivo financeiro e os critérios de repasse serão baseados em conformidade com o estabelecido na Portaria Interministerial que redefine as regras e critérios para adesão e recebimento de incentivo financeiro para custeio de ações no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DA ESFERA MUNICIPAL / DO DISTRITO FEDERAL

As Secretarias Municipais de Educação e de Saúde do Município ITAPEVI/SP comprometem-se a:

- a) constituir Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal e do Distrito Federal (GTIM) responsável pela gestão do PSE no território. O GTIM deve ser composto, minimamente, pelos Secretários da Saúde e da Educação, por representantes da Atenção Básica e da Educação Básica. Ressalta-

se a importância de outros atores definidos a partir da análise situacional e identificação das vulnerabilidades locais;

- b) promover a articulação do Programa Saúde na Escola (PSE) com os projetos político-pedagógicos das escolas envolvidas no programa;
- c) definir as estratégias específicas de cooperação entre Estados e Municípios para do cuidado dos escolares identificados com necessidades de saúde; e
- d) encaminhar o presente Termo de Compromisso Municipal ou do Distrito Federal do Programa Saúde na Escola (PSE) aos Conselhos Municipais de Saúde e de Educação, quando houver, e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de seu Estado para homologação;

CLÁUSULA QUARTA - DAS AÇÕES E METAS PACTUADAS

As partes signatárias estabelecem em comum acordo as seguintes ações e metas a serem contempladas no prazo de 12 (doze) meses da data de assinatura do Termo de Compromisso Municipal/do Distrito Federal do Programa Saúde na Escola (PSE) em 05 escolas com a participação de 3 equipes de atenção básica:

COMPONENTE I	
AÇÕES	EDUCANDOS PACTUADOS
Avaliação antropométrica	1709
Avaliação da saúde bucal	1709
Saúde Ocular	1709
Verificação da situação vacinal	1709
Saúde auditiva	0
Identificação de educandos com possíveis sinais de alterações de linguagem oral	0
Identificação de possíveis sinais de agravos de saúde negligenciados e doenças em eliminação	0

COMPONENTE II	
AÇÕES	EDUCANDOS PACTUADOS
Promoção da segurança alimentar e promoção da alimentação saudável	1709
Promoção da cultura de paz e direitos humanos	1709
Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos intersetoriais de discussão de saúde mental no contexto escolar, em articulação com GTI municipal	1709
Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): direito sexual e reprodutivo e prevenção das DST/AIDS	1709
Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas	1709
Promoção das práticas corporais, atividade física e lazer nas escolas	0
Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável	0
Prevenção das violências e acidentes	0
Promoção da Saúde Mental no território escolar: criação de grupos de famílias solidárias para encontro e troca de experiência, com mediação da creche/escola e/ou saúde	0
Promoção da Saúde Mental no território escolar: criação de grupos entre pares para fomento e estímulo ao protagonismo de adolescentes e jovens para administrar conflitos no ambiente escolar	0
Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): formação de jovens multiplicadores para atuarem entre pares nas temáticas do direito sexual e reprodutivo e prevenção das DST/AIDS	0
Estratégia NutriSUS - Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó	0

COMPONENTE III		
AÇÕES	PROFISSIONAIS SAÚDE	PROFISSIONAIS EDUCAÇÃO
Formação de profissionais em Vigilância Alimentar e Nutricional	5	5
Formação de profissionais para trabalhar com as temáticas de promoção da alimentação saudável	5	5
Formação de profissionais para trabalhar com direitos sexuais e direitos reprodutivos e prevenção das DST/AIDS	5	5
Formação de profissionais para trabalhar com as temáticas: Prevenção ao uso de Álcool e Tabaco, Crack e outras Drogas	5	5
Formação de profissionais da saúde e educação sobre a importância e uso da fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (estratégia NutriSUS) nas creches	0	0
Formação de profissionais para prevenção das violências	0	0
Formação de profissionais sobre o desenvolvimento Infantil	0	0
Formação de profissionais para desenvolverem ações de Promoção da Saúde nas Escolas	0	0
Formação de profissionais para gestão intersetorial do PSE	0	0

CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA

O prazo para realização das ações pactuadas no presente instrumento terá a vigência de 12 (doze) meses a contar da data de assinatura.

CLÁUSULA SEXTA - DAS ALTERAÇÕES

As eventuais alterações ao presente compromisso serão realizadas por meio de Termo Aditivo devidamente acordado entre os partícipes.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESOLUÇÃO DE CONFLITOS

Eventuais conflitos, dúvidas ou controvérsias decorrentes da interpretação e execução do presente Termo de Compromisso serão dirimidos administrativamente pelos partícipes. E, por estarem de pleno acordo, as partes assumem os compromissos elencados acima e firmam o presente Termo de Compromisso para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

Secretário Municipal de Saúde

Secretária Municipal de Educação

ANEXO 2**TERMO DE COMPROMISSO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)****DECLARAÇÃO DE RATIFICAÇÃO**

Eu, _____, CPF _____, na qualidade de Secretário Municipal de Saúde do Município ITAPEVI/SP, declaro que o Termo de Compromisso do Programa Saúde na Escola foi pactuado e celebrado pelas Secretarias Municipais de Saúde e de Educação do Município ITAPEVI/SP em ____/____/____, sendo nesse ato específico representadas pelos (as) seus respectivos Secretários (as) de Saúde e Educação, em conformidade com as disposições do Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que instituiu o Programa Saúde na Escola - PSE e com a Portaria nº 1.413, de 10 de julho de 2013, que redefine as regras e 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.

O mencionado termo de compromisso assinado encontra-se à disposição nas Secretarias Municipais de Saúde e de Educação do Município ITAPEVI/SP.

Município ITAPEVI/SP, ____ de _____ de ____

Assinatura