

GABRIELA FREIRE DE ALMEIDA VITORINO

SABERES E PRÁTICAS DE CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES
RELACIONADOS AO ESTILO DE VIDA: O CASO DE UMA
ESCOLA MUNICIPAL

RECIFE

2018

Gabriela Freire de Almeida Vitorino

Saberes e práticas de crianças pré-escolares relacionados ao estilo de vida: o caso de uma escola municipal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus

Área de Concentração: Educação em Saúde

Linha de Pesquisa: Educação e Saúde

Recife

2018

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa - CRB4-1010

V845s Vitorino, Gabriela Freire de Almeida.
Saberes e práticas de crianças pré-escolares relacionados ao estilo de vida: o caso de uma escola municipal / Gabriela Freire de Almeida Vitorino. – 2018.
122 f.: il.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife, 2018.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Estilo de vida. 2. Educação em saúde. 3. Pré-escolar. 4. Promoção da saúde. I. Marinus, Maria Wanderleya de Lavor Coriolano (Orientadora). II. Título.

618.92 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2018-152)

GABRIELA FREIRE DE ALMEIDA VITORINO

SABERES E PRÁTICAS DE CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES RELACIONADOS AO
ESTILO DE VIDA: O CASO DE UMA ESCOLA MUNICIPAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 22/02/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o Dr^a Estela Maria Leite Meirelles Monteiro (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof^a Dr^a Daniela Tavares Gontijo (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof^a Dr^a Ronice Maria Pereira Franco de Sá (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Dedico esta dissertação a minha mãe, Silvana, que nunca mediu esforços para me proporcionar educação acadêmica, e principalmente, moral.

AGRADECIMENTOS

“A Gratidão é o único tesouro dos humildes” - William Shakespeare.

Sou grata à criação, a existência e essência de todas as coisas.

A minha mãe, Silvana, por toda dedicação em oferecer apoio financeiro, e sobretudo, suporte emocional para que eu pudesse vivenciar as experiências pessoais e profissionais.

Ao meu pai, Paulo, pelo investimento feito para que tivesse uma boa formação de base e pelo estímulo aos estudos.

Ao meu esposo, Jean, por todo amor e dedicação durante esses dois anos. Pela paciência e compreensão nos momentos de ausência e de maiores dificuldades. Pelo companheirismo e cumplicidade nos momentos de estudo, desde a decisão inicial do objeto de estudo da dissertação, até a redação final do artigo.

A minha orientadora Wanderleya, que com muito profissionalismo e dedicação me orientou durante esses dois anos. Obrigada pela generosidade em compartilhar comigo sua experiência enquanto pesquisadora e docente. Pela paciência, compreensão e por todos os momentos em que esteve disponível quando precisei.

Agradeço também aos membros das Bancas de Qualificação, Pré-banca e Banca Examinadora pela disponibilidade, atenção aos detalhes, e por toda experiência compartilhada. Com certeza, as contribuições e diálogos sobre o trabalho me aprimoraram enquanto pesquisadora e trouxeram mais grandeza e profundidade à dissertação final.

Aos meus familiares e amigos, por todo apoio que sempre me ofereceram. Minha tia Juliana e minha amiga Mayara, por sempre me receberem em suas casas quando precisei. Aos amigos e colegas do mestrado pelos momentos juntos e pelas ricas discussões compartilhadas.

À prefeitura da cidade do Recife, e à escola em que realizei o estudo, por ter recebido com tanto empenho e carinho a proposta do trabalho. Obrigada a todos os pais e crianças que aceitaram participar dessa pesquisa, compartilhando suas vivências e colaborando com a produção da ciência.

Agradeço a CAPES que subsidiou financeiramente a realização desta pesquisa e a minha permanência como discente deste programa de mestrado.

Por fim, agradeço a todos que fazem parte do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPE, os quais de alguma forma contribuíram para a minha formação.

“A vida não é uma pergunta a ser respondida. É um mistério a ser vivido” - Buda

RESUMO

No contexto da promoção da saúde, a temática Estilo de vida vem sendo cada vez mais estudada na infância, devido à relevância para a qualidade de vida na fase adulta. Os hábitos alimentares e de atividade física são considerados comportamentos pertencentes ao estilo de vida, o qual sofre influência direta do ambiente social em que a criança está inserida, sendo importante o destaque para o papel exercido pela família e escola. Diante disto, este trabalho responde à pergunta condutora: “Quais os saberes e práticas relacionados ao estilo de vida saudável de crianças pré-escolares no seu contexto familiar, escolar e social?”, e teve o objetivo de descrever, na perspectiva de pais e crianças, os saberes e práticas de crianças pré-escolares sobre estilo de vida saudável. Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso. Foi desenvolvido em uma escola municipal do Recife – PE, com crianças pré-escolares e seus respectivos pais ou responsáveis. Os pais responderam um questionário referente à caracterização sociodemográfica das crianças, participaram de uma entrevista individual semiestruturada. Com as crianças, foram realizados pequenos grupos para a investigação das temáticas de alimentação e atividade física no contexto do estilo de vida. Os pequenos grupos tiveram como recurso visual, imagens para facilitar a interação entre pesquisadora e crianças, através das quais as crianças expressaram seus saberes e vivências em relação aos seus estilos de vida. Os dados relacionados ao formulário de caracterização sociodemográfica foram descritos para contextualização da análise qualitativa. A análise dos dados das entrevistas e dos grupos seguiu os passos da análise qualitativa de Yin, em seis etapas, com auxílio do software Atlas TI. Nos resultados, identificou-se a influência de fatores como a família, condições econômicas, mídia e dispositivos eletrônicos no desenvolvimento do estilo de vida. Percebeu-se a predominância de carboidratos, grãos e frutas na alimentação das crianças, bem como a rejeição por verduras. Em relação às atividades que as crianças mais gostavam de realizar no tempo livre, relataram preferência por brincadeiras de boneca, bola, bicicleta e jogos com dispositivos móveis. Não foi referido por nenhum genitor a realização de atividades físicas estruturadas, como a prática de algum esporte. Os participantes destacaram a influência de fatores como a família, a violência e indisponibilidade de espaços públicos na comunidade como interferentes nos hábitos de atividades físicas dessas crianças pré-escolares. Diante da escassez de trabalhos científicos que envolvam a pesquisa com pré-escolares e a promoção da saúde e estilo de vida, torna-se substancial o incentivo à realização de estudos que envolvam esses atores. É relevante ainda, sugerir a necessidade de desenvolver estudos que busquem investigar e elaborar intervenções educativas para as crianças e os pais, no sentido de trazer à reflexão o estilo de vida e a promoção da saúde da criança.

Palavras-chave: Estilo de Vida. Educação em saúde. Pré-escolar. Promoção da saúde.

ABSTRACT

In the context of health promotion, the theme Lifestyle has been increasingly studied in childhood, due to the relevance to quality of life in adulthood. Eating and physical activity habits are considered behaviors belonging to the lifestyle, which is directly influenced by the social environment in which the child is inserted, being important to highlight the role played by the family and school. In view of this, this paper answers the guiding question: "What are the knowledges and practices related to the healthy lifestyle of preschool children in their family, school and social context?", And aimed to describe, from the perspective of parents and children, the knowledge and practices of preschool children about healthy lifestyle. This is a case study-type research. It was developed at a municipal school in Recife - PE, with preschool children and their respective parents or guardians. The parents answered a questionnaire regarding the sociodemographic characterization of the children, participated in a semi-structured individual interview. With the children, small groups were conducted to investigate the themes of food and physical activity in the context of lifestyle. The small groups had as visual resource, images to facilitate the interaction between researcher and children, through which the children expressed their knowledge and experiences in relation to their lifestyles. The data related to the sociodemographic characterization form were described for the contextualization of the qualitative analysis. The data analysis of the interviews and groups followed the steps of the qualitative analysis of Yin, in six stages, with the aid of Atlas TI software. In the results, we identified the influence of factors such as family, economic conditions, media and electronic devices in the development of lifestyle. It was noticed the predominance of carbohydrates, grains and fruits in the feeding of the children, as well as the rejection for vegetables. Concerning the activities that the children enjoyed most in their free time, they reported preference for doll, ball, bicycle and games on mobile devices. It was not mentioned by any parent the doing of structured physical activities, like the practice of some sport. Participants highlighted the influence of factors such as family, violence and unavailability of public spaces in the community as interfering with the physical activity habits of these preschool children. Faced with the scarcity of scientific work involving research with preschoolers and the promotion of health and lifestyle, it becomes substantial the incentive to carry out studies that involve these actors. It is also important to suggest the need to develop studies that seek to investigate and elaborate educational interventions for children and parents, in order to bring to the reflection the lifestyle and the promotion of the child's health.

Keywords: Lifestyle. Health education. Preschool. Health promotion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.....	20
Figura 2 - Modelo histórico conceitual sobre a promoção da saúde.....	23
Figura 3 - Codificação dos dados relacionados à alimentação.....	53
Figura 4 - Codificação dos dados relacionados à atividade física.....	54
Figura 5 - Preferências da criança C8M por frutas e carboidratos.....	56
Figura 6 - Preferências da criança C9F por frutas e carboidratos.....	56
Figura 7 - Preferência da criança C1M por frituras e ilustração do pai.....	57
Figura 8 - Preferência da criança C5F por frituras.....	57
Figura 9 – Grupos alimentares consumidos pelos pré-escolares na perspectiva das crianças.....	59
Figura 10 – Fatores que influenciam nos hábitos alimentares das crianças, sob a perspectiva dos pais/responsáveis.....	62
Figura 11 – Preferência da criança C8M por brincar de boneca.....	65
Figura 12 – Preferência da criança C1M por ir à praia.....	66
Figura 13 – Preferência da criança C5F por assistir televisão.....	66
Figura 14 – Preferência da criança C8M por jogar no <i>tablet</i>	67
Figura 15 – Principais atividades realizadas crianças pré-escolares.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características sociodemográficas das crianças e seus pais/responsáveis.....	54
--	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CC – Circunferência da Cintura

CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

DCV – Doença Cardiovascular

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

EPS – Escola Promotora de Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

LDBEN – Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pressão Arterial

PCN – Parâmetros Curriculares Nacionais

PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PSE – Programa Saúde na Escola

RCQ – Relação Cintura Quadril

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TV – Televisão

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	14
2	REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1	Histórico conceitual da Promoção da Saúde	18
2.2	A escola como promotora da Saúde	24
2.3	Estilo de Vida	26
2.3.1	<i>Fatores de risco e estilo de vida na infância e adolescência relacionados às Doenças Cardiovasculares</i>	28
2.3.2	<i>Hábitos alimentares na infância e a influência do contexto familiar, escolar e social</i>	32
2.3.3	<i>Atividade física na infância e a influência do contexto familiar, escolar e social</i>	37
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	41
3.1	Abordagem do estudo	41
3.2	Cenário do Estudo	41
3.3	Participantes do Estudo	42
3.4	Fontes de evidências	44
3.5	Análise das Evidências	47
3.6	Aspectos Éticos	48
3.7	Problemas Metodológicos	49
4	RESULTADOS	50
4.1	Descrição do contexto escolar	50
4.2	Caracterização sociodemográfica dos participantes	52
4.3	Saberes e práticas relacionados aos hábitos alimentares	54
4.3.1	<i>Amamentação e introdução alimentar na vivência da família</i>	54
4.3.2	<i>Preferências alimentares da criança na rotina familiar</i>	55
4.3.3	<i>Conhecimentos sobre a relação entre a alimentação e saúde</i>	59
4.3.4	<i>Associação do saudável e não-saudável com o prazer e desprazer ao alimentar-se</i>	60
4.3.5	<i>Fatores que influenciam nas práticas alimentares</i>	61
4.3.6	<i>Alimentação saudável da criança na escola: desafios e possibilidades</i>	64
4.4	Saberes e práticas relacionadas aos hábitos de atividade física e sedentarismo	65
4.4.1	<i>Brincadeiras preferidas pelas crianças</i>	65
4.4.2	<i>Utilização de espaços públicos</i>	69
4.4.3	<i>Formação de hábitos de atividade física</i>	69
4.4.4	<i>Interferência da violência para a prática de atividade física</i>	69
4.4.5	<i>Conhecimentos relacionados aos hábitos de atividade física</i>	70
5	DISCUSSÃO	71
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85

REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	99
APÊNDICE A - Roteiro de observação.....	99
APÊNDICE B - Instrumento para caracterização da família e roteiro de entrevista semiestruturada com os pais ou responsáveis.....	100
APÊNDICE C - Roteiro para condução dos pequenos grupos com as crianças pré-escolares	102
APÊNDICE D – Imagens utilizadas na coleta de evidências direcionadas para hábitos alimentares	103
APÊNDICE E – Imagens utilizadas na coleta de evidências direcionadas para hábitos de atividade física.....	111
APÊNDICE F – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	116
ANEXOS	118
ANEXO A – Carta de Anuência	118
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	119

1 APRESENTAÇÃO

A promoção da saúde aparece no campo da saúde a partir da década de 1970, quando um conjunto heterogêneo de práticas sociais nacionais e internacionais passam a colocar em análise indicadores de saúde, condições de vida e tecnologias socio sanitárias (BUSS; CARVALHO, 2009). De acordo com Czeresnia e Freitas (2003), a promoção da saúde possui uma definição ampla e extrapola condições relacionadas ao processo de doença, almejando níveis elevados que apontam para saúde e bem-estar aumentados.

Seguindo as tendências internacionais, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil regulamentou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com o objetivo geral de

Promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2014a, p.11).

No contexto da promoção da saúde, uma das atuais discussões se relaciona aos estilos de vida dos indivíduos. O termo Estilo de Vida pode ser compreendido por um conjunto de padrões de comportamentos individuais e coletivos. Os hábitos alimentares e de atividade física são alguns dos comportamentos padrões que compõem o estilo de vida (BRASIL, 2011). Tais hábitos, geralmente, são considerados comportamentos que se iniciam na infância que podem trazer consequências para a idade adulta (CÉSPEDES et al., 2013).

Leal e colaboradores (2015), ao investigarem hábitos alimentares em pré-escolares, constataram a presença de uma dieta baseada em baixo consumo de frutas e verduras, além de consumo aumentado de frituras e doces. Barros, Lopes e Barros (2012), em relação aos hábitos de atividade física, apontam para a baixa adesão à prática da atividade física pelas crianças pré-escolares, associando este fato à influência do contexto familiar e ambiental.

Sabe-se que o ambiente familiar pode exercer uma grande influência no estilo de vida adotado pelas crianças pré-escolares, mediado pelos vários macrodeterminantes, por exemplo: determinantes culturais, ambientais e econômicos. Lemelin, Gallagher e Haggerty (2012) alertaram para a importância dos profissionais de saúde em apoiar os pais dessas crianças nas escolhas que contribuem para a adoção do estilo de vida saudável, uma vez que na idade pré-escolar as crianças estão em processo de desenvolvimento de seus hábitos, e têm maior chance de reproduzir os hábitos parentais. Além dos pais, outros membros da família e cuidadores secundários podem contribuir nesse processo. Um exemplo é a participação dos avós na

formação dos hábitos alimentares de seus netos, muitas vezes divergindo das opiniões do pais das crianças (DO et al., 2016).

Outros fatores que podem influenciar no estilo de vida das crianças são a mídia, as relações sociais com os pares, e a escola, sendo este último, um fator que ocupa uma posição de destaque nesse contexto. A mídia, por exemplo, utilizando-se de sons e imagens que atraem a atenção das crianças pré-escolares, tem exercido o papel de induzir o consumo de certos tipos de alimentos (TEIXEIRA et al., 2016).

No tocante à atividade física de crianças pré-escolares, os autores afirmam que duas em cada três crianças têm um baixo nível de atividade física (BARROS; LOPES; BARROS, 2012). Na faixa etária pré-escolar, as práticas de atividades físicas geralmente estão relacionadas a jogos e brincadeiras em escorregos, balanços, caixas de areia, piscinas de bolinha, entre outros (BARBOSA et al., 2016).

Assim como nos hábitos alimentares, os contextos familiar, escolar e social também estão relacionados com a formação dos hábitos de atividade física das crianças. A supervalorização da mídia como meio de entretenimento, a falta de incentivo dos pais na prática de atividade física e os espaços escolares desfavoráveis têm proporcionado às crianças um ambiente sedentário, incentivando um menor gasto energético (BARBOSA et al., 2016; TEIXEIRA et al., 2016; WANG et al., 2015).

Irwin e colaboradores (2005) apontaram alguns fatores que influenciam nos hábitos de atividade física das crianças pré-escolares, segundo a visão dos pais. Os autores relataram que fatores como a idade, pais que trabalham, falta de segurança, e custos financeiros são considerados barreiras na aquisição de um estilo de vida ativo. O estilo de vida adotado pelo indivíduo pode contribuir para a promoção da saúde ou favorecer o desenvolvimento de fatores de risco que exercem papel negativo no bem-estar.

O desenvolvimento de fatores de risco para doenças crônicas podem ocorrer desde a infância, sendo necessária e importante a atuação precoce, visando a prevenção e compreensão dos fatores que influenciam no estilo de vida, com ênfase na promoção da saúde. Por isso, cada vez mais, as evidências apontam para importância e necessidade de serem realizadas ações de promoção da saúde cardiovascular já na primeira infância ou ainda na gestação, intencionando a prevenção dos fatores de risco e minimizando o desenvolvimento de doenças cardiovasculares na vida adulta (CASTELLANO et al., 2014; CÉSPEDES et al., 2013; PEÑALVO et al., 2013).

Neste sentido, compreende-se que conhecer o estilo de vida dos indivíduos, e em particular das crianças, determina um ponto de partida para a construção e implementação de políticas e programas que vislumbrem e dêem voz aos principais beneficiados (BUSS;

PELLEGRINI FILHO, 2007; CASTELLANO et al., 2014).

No que se refere às pesquisas com crianças pequenas, nota-se a ausência de estudos que possibilitem a expressão das crianças, de forma a valorizá-las e envolvê-las no processo de pesquisa. Conforme afirma Delgado e Muller (2005), é necessário construir uma dinâmica de proximidade com as crianças e o mundo infantil, uma vez que as mesmas são agentes ativos na construção da própria cultura, contribuindo para a formação do mundo adulto.

Nessa perspectiva, o presente estudo se propõe a possibilitar a participação ativa da criança pré-escolar, bem como de seus pais, valorizando-as e envolvendo-as no processo de pesquisa e coleta de dados. Diante do exposto, destaca-se a necessidade de identificar os saberes e práticas de crianças pré-escolares sobre estilo de vida, com foco na alimentação e realização de atividades físicas. Torna-se relevante também, descrever a influência do ambiente familiar, escolar e social nesse processo.

O interesse por trabalhar com a temática de hábitos saudáveis e estilos de vida surgiu inicialmente com a minha prática profissional, na área de atuação em atenção clínica cardiovascular. Ao assistir o usuário de saúde com doenças e limitações cardiovasculares, foi possível perceber os mais variados discursos relacionados ao estilos de vida antes do diagnóstico de determinada doença. Sentimento de culpa e arrependimento eram uma constante realidade percebida por mim entre os usuários do serviço de atenção cardiovascular, refletindo uma visão negativa acerca de um estilo de vida geralmente considerado, pelos indivíduos, como desregrado e irresponsável.

A decisão de investigar esse tema deu-se através do meu interesse, junto à minha orientadora, por conhecer os saberes e práticas relacionados ao estilos de vida de crianças pré-escolares, já que ao visitar a literatura, são encontradas publicações que abordam principalmente o público idoso, adulto, jovem ou adolescente. Quando se trata de crianças na primeira infância, a quantidade de informações é inferior. Entretanto o início da vida é, como já citado, o momento ideal para a realização de investigações e intervenções no desenvolvimento do estilo de vida e de hábitos saudáveis.

Diante disso, surgiu a questão norteadora desse estudo: “Quais os saberes e práticas relacionados ao estilo de vida saudável de crianças pré-escolares no seu contexto familiar, escolar e social?”. Como objetivo geral buscou-se descrever, na perspectiva de pais e crianças, os saberes e práticas de crianças pré-escolares sobre estilo de vida. Os objetivos específicos foram identificar saberes e práticas de pré-escolares sobre a alimentação no contexto familiar, escolar e social, a partir da visão de crianças e pais; e caracterizar saberes e práticas de pré-

escolares sobre atividade física, práticas de lazer e hábitos sedentários no contexto familiar, escolar e social, a partir da visão de crianças e pais.

Este trabalho está organizado em seis capítulos. O primeiro faz um levantamento bibliográfico e uma apresentação acerca da Promoção da Saúde, abordando desde o conceito histórico até a implementação de política e programas. Perpassa também pelos estudos que exploram a Promoção da Saúde em suas variadas dimensões. O segundo explora questões acerca do Estilo de Vida Saudável, e então são demonstrados os conceitos que estão relacionados com esse tema, bem como as evidências científicas necessárias à compreensão do estudo. Esses dois capítulos visam situar o leitor sobre os problemas do estudo, assim como embasar a discussão posterior relacionada aos resultados encontrados.

No terceiro capítulo encontra-se a descrição do percurso metodológico, abordando o cenário onde a pesquisa foi realizada e os métodos utilizados, procedimentos e técnicas de coleta e análise dos resultados. Nesse capítulo também estão descritos os instrumentos de coleta de evidências e os aspectos éticos que foram seguidos pelos pesquisadores.

No quarto capítulo há a apresentação dos resultados, com a análise do diário de campo, discursos dos participantes da pesquisa, e imagens confeccionadas no período da coleta de evidências. No capítulo seguinte, a discussão dos resultados foi seguida de forma a responder os objetivos do estudo, retomando temas apresentados na revisão de literatura, e também inserindo novas informações que possam vir a acrescentar na problematização dos dados. Nas considerações, buscou-se elaborar de forma sucinta a conclusão dos achados, mediante a reflexão conduzida durante a dissertação, além de apontar sugestões para o desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao tema em questão.

Por fim, considerando a linha de pesquisa Educação e Saúde compreende-se que estudar os saberes e práticas relacionados ao estilo de vida de crianças pré-escolares traz o embasamento teórico para a implementação de ações voltadas à educação em saúde, uma vez que identifica-se os principais conhecimentos e práticas das crianças e seus pais relacionados à temática, e assim possibilita o planejamento de atividades educativas ou elaboração de estratégias que possam ser utilizados para esse fim.

2 REVISAO DA LITERATURA

2.1 Histórico conceitual da Promoção da Saúde

Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946). No entanto, ao longo dos anos esse conceito já sofreu várias modificações. Atualmente entende-se que a saúde é diretamente influenciada pela cultura e sociedade (CZERESNIA, 2003).

A partir do conceito ampliado de saúde e da compreensão dos fatores sociais e culturais envolvidos, o conceito de promoção da saúde foi se firmando ao longo dos anos. O percurso histórico do desenvolvimento da Promoção da Saúde perpassa por diversos momentos importantes, os quais estão destacados na figura 1, ao final da sessão.

O termo “promoção” foi definido por Leavell e Clark com uma conotação à medicina preventiva, e como elemento fundamental ao nível primário de atenção à saúde (LEAVELL; CLARK, 1978 apud HEIDMANN et al., 2006). Novas concepções de saúde e promoção da saúde foram se aperfeiçoando, tendo início principalmente em discussões no Canadá e Estados Unidos.

A perspectiva inicial voltada para a promoção da saúde aparece no Informe Lalonde (1974) intitulado *A New Perspective on the Health of Canadian*, motivado principalmente pela visão política e econômica que visava combater os altos custos provocados pela assistência médica, diante dos altos níveis de adoecimento da população. Surge daí a necessidade de repensar a saúde, trazendo para o centro da discussão os fatores que influenciam na situação de saúde, bem como os determinantes da saúde contemplados em quatro esferas: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde (CZERESNIA, 2003).

Em 1978, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, é consagrada como um dos eventos mais importantes para a saúde pública, e traz o novo foco da “Saúde para Todos no ano 2000”. A declaração de Alma-Ata, produto desta conferência, enfoca a necessidade de envolvimento de outros setores sociais, econômicos, e do setor da saúde, na melhoria das condições da saúde mundial, além de destacar a promoção e proteção da saúde como fatores essenciais para o desenvolvimento da sociedade; salienta também, a participação dos seres individuais e coletivos na construção e execução dos cuidados em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Seguindo as recomendações e preceitos de Alma-Ata, em 1986, a Carta de Ottawa, resultado da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, reafirma e ressalta a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos, bem como delinea a importância da promoção da saúde e participação dos indivíduos nesse processo, reconhecendo a promoção da saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, p. 1). A Carta dispõe ainda que as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Nessa mesma conferência foram definidas cinco estratégias para implementação da promoção da saúde, sendo estas: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária, e desenvolvimento de habilidade pessoais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986). A Carta de Ottawa é considerada o marco referencial da promoção da saúde no nível internacional, conforme ratificam as conferências internacionais subsequentes, realizadas em Adelaide (1988), Sudswal (1991), Jacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairóbi (2009), Helsinki (2013) (HEIDMANN et al, 2016; PAULA; FARIA; ALMEIDA, 2013). Além destas, outros eventos continuaram a discussão sobre a promoção da saúde, como as Conferências Mundiais de Promoção da Saúde, que teve o Brasil como sede na realização da 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, em Curitiba no período de 22 a 26 de maio de 2016.

Buss e Carvalho (2009) afirmam que o conceito de promoção da saúde resulta da concepção do processo saúde-doença-cuidado, o qual envolve não só as políticas e estados, mas abrange os diferentes atores sociais. Ressalta também, que a saúde sofre influências sociais, econômicas, políticas e culturais, sendo necessária a implementação de ações de promoção da saúde, com enfoque para estes determinantes e ampliando as intervenções para além dos fatores biológicos e genéticos.

A promoção da saúde, ao romper com o modelo hegemônico biomédico, compreende ações realizadas através de parcerias intersetoriais, as quais visam melhorar o bem-estar e o acesso a serviços sociais, favorecendo assim o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e hábitos saudáveis que fazem parte da vida da população. Outra questão de destaque da promoção da saúde é a abordagem da saúde como campo amplo, o qual interage diretamente com a qualidade de vida, permeando aspectos relacionados a alimentação, saneamento, habitação, boas condições de trabalho, estilo de vida saudável, ambiente físico limpo, entre outros (BUSS, 2000; CZERESNIA; FREITAS, 2003).

No Brasil, a promoção da saúde tem se concretizado desde a Reforma Sanitária iniciada na década de 70, da promulgação da Constituição Cidadã, em 1988, e da integração dos princípios de Promoção da Saúde ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo firmada como política em 2006, com a regulamentação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), documento que, entre outras temáticas, reafirma a relevância de intervenções sobre os condicionantes e determinantes sociais no processo de saúde-doença (MALTA et al., 2014). Atualmente, a PNPS é descrita pela Portaria 2.446 de 11 de Novembro de 2014, a qual redefine a Política já existente (BRASIL, 2014a).

Nessa perspectiva, a PNPS propõe uma política “transversal, integrada e intersetorial” (BRASIL, 2010, p.5), estabelecendo uma conexão e compromisso entre sociedade, setores governamentais e privados (BRASIL, 2010). A mesma reafirma “o compromisso com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS” (BRASIL, 2014a, p.9), visando a melhoria das condições de vida e redução das vulnerabilidades e riscos à saúde provenientes dos determinantes sociais.

Sendo assim, os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) têm íntima ligação com a promoção da saúde, e são denominados como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que interferem no surgimento de problemas de saúde ou fatores de risco da população, conforme demonstra o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), na figura 1 (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).



FIGURA 1 - DETERMINANTES SOCIAIS: MODELO DE DAHLGREN E WHITEHEAD

FONTE: DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991

Este modelo organiza os determinantes sociais de saúde em camadas, as quais são estruturadas de forma a delimitar os determinantes individuais (mais próximos do centro), até os macrodeterminantes (localizados nas camadas distais). Dessa forma, é possível visualizar de que modo elementos reconhecidos como características internas, a saber: idade, sexo e hereditariedade estão intrinsecamente relacionados com o bem-estar do indivíduo. Subsequentemente, a próxima camada demonstra a influência do estilo de vida dos indivíduos sobre a saúde, sendo localizada entre os fatores individuais internos e entre os demais aspectos externos, como as redes sociais, condições de vida e trabalho, e condições socioeconômicas, culturais e ambientais. Essa disposição dos fatores demonstra que a saúde e bem-estar ultrapassam condições que vão além das características individuais, sofrendo influências dos macrodeterminantes e elementos externos (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Portanto, considerando o modelo de Dahlgren e Whitehead, é importante destacar como o estilo de vida individual sofre forte influência dos demais determinantes relacionados aos componentes políticos e sociais, uma vez que torna-se difícil concretizar uma situação de mudança de comportamentos, sem a alteração de normas culturais e políticas, como programas educativos, acesso facilitado à alimentos saudáveis, espaços públicos para práticas de atividades físicas, e fortalecimento das redes sociais para promoção e proteção à saúde (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Portanto, no contexto de promoção de um estilo de vida saudável, a PNPS propõe a discussão de diversos temas prioritários, os quais são denominados como: formação e educação permanente, alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados, enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas, promoção da mobilidade segura, promoção da cultura de paz e dos direitos humanos, e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2014a). No contexto de implementação da PNPS visando a promoção do estilo de vida saudável, Malta e colaboradores destacam (2014, p. 4309),

Avanços na inserção de programas de Promoção da Saúde na programação orçamentária; financiamentos destinados aos municípios e estados para projetos de atividade física e práticas corporais; avanços expressivos na vigilância da morbimortalidade e dos fatores de risco e proteção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis; e avanços na avaliação dos projetos, nas parcerias, na capacitação de recursos humanos e na mobilização social. O campo da promoção está em processo de construção e ainda temos um grande caminho a percorrer,

mas estão dados os passos para a sua institucionalização e fortalecimento.

Foram desenvolvidos pela gestão federal alguns programas de Promoção da Saúde, como por exemplo: a Academia da Saúde e os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde. Ainda dentro da proposta de promoção da saúde, foram criadas leis como a Lei Seca e Lei de ambientes livre do tabaco. A escola tem sido uma grande aliada no processo de implementação da PNPS, sendo criados programas como o Programa Saúde na Escola (MALTA et al., 2014).

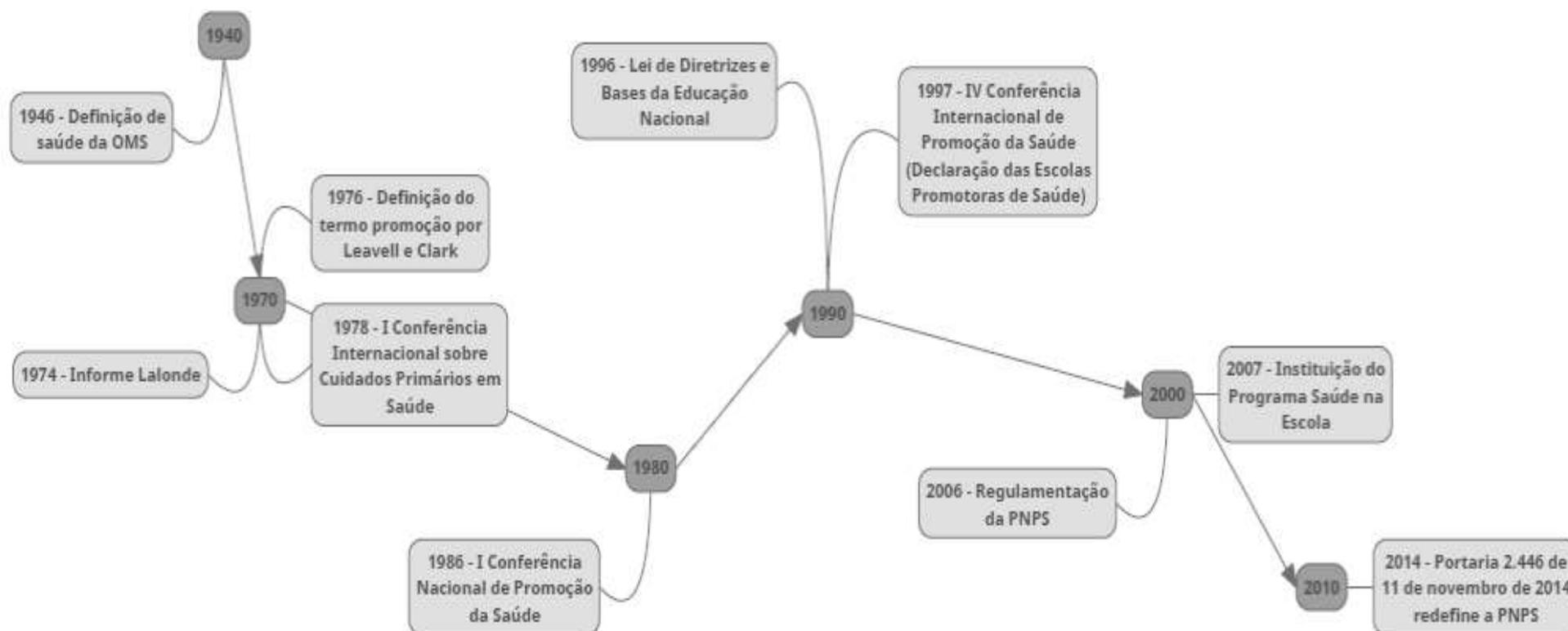


FIGURA 2 – MODELO HISTÓRICO CONCEITUAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE
 FONTE: O autor (2017)

2.2 A escola como promotora da Saúde

A “Escola Promotora de Saúde” (EPS) pode ser conceituada como uma instituição escolar que “atua concomitantemente em três grandes áreas: ambientes saudáveis, oferta de serviços de saúde e educação em saúde” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004, p. 120). A EPS surge a partir da proposta de intersetorialidade na implementação da promoção da saúde, decorrente da Declaração de Alma-Ata e da Carta de Ottawa, ao se considerar a escola como uma instituição concreta, abrangente e uma importante aliada no fortalecimento das diretrizes da promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Após a IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Jacarta (1997) foi elaborada a Declaração das Escolas Promotoras de Saúde, que visa a abordagem da promoção da saúde dentro do contexto escolar, além de enfatizar que é direito e dever da criança fazer parte de uma escola promotora de saúde (GONÇALVES et al., 2008).

Com isso, destaca-se a importância do ambiente escolar para a promoção da saúde, uma vez que, diante do quantitativo de crianças, o ambiente escolar pode favorecer o desenvolvimento psicossocial, o compartilhamento de conhecimentos sanitários, modos de vidas e hábitos de higiene (IPPOLITO-SHEPHERD; CERQUEIRA, 2003).

A EPS deve incorporar a educação em saúde com enfoque integral ao seu currículo e projeto pedagógico. Nessa perspectiva, a EPS deve promover a reflexão e análise crítica das informações e do conceito de saúde, visando desenvolver o empoderamento dos alunos em relação aos problemas de saúde e seus determinantes. É necessário também que a escola disponha de um ambiente saudável, com estrutura física adequada, e que ofereça possibilidade de acompanhamento em saúde, articulando a instituição com equipes de saúde (IPPOLITO-SHEPHERD, 200-?).

Para alcançar seus objetivos, as EPS devem atuar através do engajamento entre saúde, educação, professores, estudantes, pais, e comunidade, assumindo uma proposta inclusiva. Para a concretude dos seus objetivos, é preciso proporcionar o diálogo e compartilhamento de saberes dos distintos atores sociais, evitando propostas verticais, e aprimorando a voz da comunidade escolar. Assim, torna-se possível identificar condições sociais, ambientais e culturais, nos âmbitos individuais e coletivos, discutindo-se prioridades e estratégias de enfrentamento e desenvolvimento de uma comunidade saudável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 200-?).

No Brasil, através da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) de 1996, a saúde passou a ser reconhecida como essencial ao ambiente da educação, não sendo tratada como disciplina curricular, mas como temática a ser abordada continuamente, de forma integrada ao currículo escolar, e estimulando o protagonismo social (BRASIL, 1996). Nesse contexto, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) foram renovados e reelaborados, colocando a saúde como uma questão social relevante e reafirmando a “necessidade de sua problematização e análise”, tratando-a, entre outros temas, como tema transversal à educação, dada a importante função social e política inerente à escola (BRASIL, 1997, p.41).

Entre os temas transversais propostos pelos PCN, estão a ética, pluralidade cultural, trabalho e consumo, orientação sexual, meio ambiente, e saúde. Estas temáticas devem estar presentes no dia a dia da escola. Com relação à saúde, pretendeu-se descentralizar as responsabilidades, para que não fosse apenas atribuição dos professores de biologia, ciência e educação física, mas que fizesse parte do plano de trabalho da escola, com a participação de todos (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004). Os PCN trazem, então, uma abordagem diferenciada para os currículos escolares dentro do contexto do ensino básico, portanto incluindo também a educação infantil.

Dentro do sistema educacional brasileiro, as creches e pré-escolas, desde 1997 fazem parte da educação infantil e atendem crianças de até cinco anos. Devem ter como prioridades promover o desenvolvimento integral da criança, nas dimensões psicológica, física, intelectual e social (BRASIL, 1996).

Seguindo as premissas apontadas pelas EPS, com foco na promoção da saúde e na necessidade de articulação entre serviços de saúde e educação locais, em 2007, através do decreto nº 6.286, foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE), com o objetivo geral de contribuir com a formação dos estudantes desde a educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos, por meio de ações que estimulem a prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007).

A respeito do Programa Saúde na Escola é importante ressaltar o reconhecimento do programa como diferencial na atenção à saúde de crianças e adolescentes, uma vez que traz melhoria para a qualidade de vida e no acesso aos serviços de saúde. Portanto, através da integração dos setores da saúde e educação, o PSE atua com um conceito educativo que amplia positivamente a mudança de comportamentos e conhecimentos (FARIAS et al., 2016).

A integração da educação e saúde, tem portanto a finalidade da adoção de hábitos de vida saudáveis, e promover, desde a educação infantil, mudanças individuais e organizacionais que se direcionem para a promoção da saúde (BRASIL, 2002). Nesse sentido, faz-se necessário

o envolvimento dos diversos atores, como as crianças, adolescentes, familiares, comunidade escolar, e profissionais de saúde.

Uma reflexão realizada por Casemiro, Fonseca e Secco (2014) acerca da promoção da saúde no âmbito escolar, evidencia que essa articulação encontra dificuldades e desafios na execução de estratégias de promoção da saúde, uma vez que há a ideia habitual do modelo focado na doença, ao invés da busca de modelos mais centrados na saúde. Com isso, identifica-se no cotidiano a presença de ações centradas na doença, perspectiva que desconsidera o contexto social e coloca o discurso de culpa nas comunidades, por estas não aderirem às informações que foram recebidas pelos profissionais de saúde.

Farias e colaboradores (2016) apontaram para questões de conflitos de interesse entre os setores de educação e de saúde, uma vez que os professores podem sentir-se desconfortáveis com o fato de outros profissionais serem solicitados a abordarem assuntos em suas salas de aula. Os autores também relatam a falta de diálogo entre os setores, considerando que os profissionais envolvidos muitas vezes estão com sobrecarga de trabalho e tempo reduzido, comprometendo o desenvolvimento das ações propostas.

Em um estudo realizado na região metropolitana de Pernambuco - Brasil, com o objetivo de conhecer e analisar o processo de intersetorialidade no Programa Saúde na Escola, foi evidenciado que há uma remota integração, apenas dos setores de saúde e educação, sem envolver outros âmbitos. Os autores relatam que ocorrem diversos conflitos na integração desses dois setores, como por exemplo, a aplicação de estratégias fragmentadas entre os profissionais de saúde e da educação. Nota-se também que os problemas são passíveis de resolutividade quando o Programa é bem amparado por uma boa gestão (FARIAS et al., 2016).

É importante considerar a realização de iniciativas integradas e interdisciplinares, com base em um diagnóstico prévio da realidade local, bem como pensar em soluções viáveis para os problemas detectados a partir do conhecimento compartilhado entre os diversos atores sociais. Com isso, torna-se possível a implementação de ações voltadas à promoção da saúde, melhorando, conseqüentemente, as condições e estilo de vida dos indivíduos.

2.3 Estilo de Vida

O termo Estilo de Vida é definido pela Organização Mundial de Saúde como uma forma de viver baseada em um padrão de comportamentos, os quais são determinados pela interação entre as características pessoais dos indivíduos e as interações sociais, condições de vida,

ambientais e socioeconômicas. Portanto, para alcançar uma mudança positiva do estilo de vida, é necessário não só pensar na capacitação individual, mas em questões relacionadas às condições de vida social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Os padrões de comportamento não são imutáveis, mas estão sujeitos a reavaliações constantes em diferentes situações sociais, e conseqüentemente, suscetíveis às mudanças. Vale ressaltar que não há um estilo de vida ótimo a ser prescrito para todos os indivíduos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Os estilos de vida são compreendidos como parte dos determinantes sociais de saúde, e podem ser considerados como comportamentos dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mediados por fatores estruturais, econômicos, políticos, sociais e culturais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A cultura, renda, estrutura familiar, idade, capacidade física, ambiente familiar e de trabalho certamente possibilitam condições de vida mais atrativas, viáveis e apropriadas, visando a produção e manutenção de determinados padrões de comportamentos. Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007) o estilo de vida está fortemente condicionado à informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros.

Nos últimos anos tem ocorrido uma importante mudança de condições sanitárias, higiênicas e de acesso à saúde e tecnologias, o que tem resultado em um aumento global da saúde, diminuição da mortalidade materno-infantil e maior expectativa de vida. No entanto, essas mudanças acarretaram um profundo impacto no estilo de vida dos indivíduos (MALTA et al., 2015).

A partir do avanço tecnológico surgiram os chamados *Labor Saving Devices*, que podem ser definidos como mecanismos que poupam o esforço físico. Com isso, houve uma intensa modificação no estilo de vida dos indivíduos, conduzindo-os a menor realização de esforço físico no trabalho, em casa e em atividades de lazer. Paralelamente, a modernização também trouxe mudanças no âmbito alimentar com o surgimento dos *fast foods*, que caracterizam novos hábitos alimentares considerados não-saudáveis (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000).

Outros fatores também permeiam as transformações no estilo de vida individual e social, como a alta concentração populacional, a depreciação na qualidade da água e do ar, a falta de segurança social e atividades de lazer cada vez mais individuais influenciadas pela tecnologia, desigualdades sociais e desemprego. Estas circunstâncias resultam em um ambiente propício ao estresse e uma precarização da qualidade de vida. Portanto, atualmente, o estilo de vida têm

sido um dos principais fatores associados ao surgimento de diversas doenças com importante impacto social (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000).

Um dos principais desfechos resultantes do estilo de vida individual e social são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que compreendem as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, e doenças crônicas do sistema respiratório. Pode-se considerar que os estilos de vida adotados a nível individual e social são reflexos da rápida urbanização e transição econômica, e com isso, destacam-se como comportamentos de risco, ou estilos de vida não saudáveis, o consumo do tabaco, a dieta não saudável, a atividade física insuficiente e o consumo nocivo de álcool (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Com isso, faz-se necessário rever o estilo de vida nos níveis individual e coletivo a partir de uma compreensão ampliada de fatores envolvidos nas escolhas e decisões tomadas. A partir daí, podem ser apontados caminhos na direção da promoção da saúde e prevenção de doenças, através da adoção de estilos de vida saudáveis, gerando assim uma melhor qualidade de vida.

2.3.1 Fatores de risco e estilo de vida na infância e adolescência relacionados às Doenças Cardiovasculares

As Doenças Cardiovasculares (DCV) representam as principais causas de mortes no Brasil, sendo registradas, desde o ano de 2009 até meados do ano de 2015, mais de 563.000 mortes (DATASUS, 2015). Estas possuem caráter crônico, resultam em elevada frequência de internações, e atingem prioritariamente o indivíduo em sua fase produtiva. Com isso, destaca-se o elevado custo para o país, acarretando um significativo impacto em sua economia (ANDRADE et al., 2013).

Considerando os elevados índices de morbimortalidade pelas DCV, a OMS estabeleceu como meta reduzir a mortalidade por doenças cardiovasculares, e outras doenças crônicas, em 25% até o ano de 2025. Para atingir tal meta, a OMS determina que a prevenção de fatores de risco cardiovasculares é a principal forma de alcançar a meta estabelecida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Os fatores de risco para as DVC podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Os fatores de risco não modificáveis podem ser exemplificados pela idade avançada, sexo, etnia e história familiar (ANDRADE et al., 2013). Com relação aos fatores de risco modificáveis, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013) aponta que os principais fatores de risco são tabagismo, consumo excessivo de álcool, hábitos alimentares pouco

saudáveis, obesidade e sobrepeso, hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes, os quais estão diretamente relacionados com estilos de vida não saudáveis.

Embora as DCV apresentem manifestações prioritariamente na fase adulta ou idosa, sabe-se que o surgimento dos fatores de risco iniciam-se de forma precoce, na infância e adolescência, com o desenvolvimento de placas ateromatosas. Estudos realizados com o objetivo de investigar os fatores de risco cardiovasculares modificáveis em adolescentes apontam que há a prevalência de dieta aterogênica, sedentarismo e excesso de deposição de gordura abdominal nesta fase da vida. Há também uma elevada frequência de adolescentes que apresentam um ou mais fatores de risco cardiovasculares modificáveis (BECK et al., 2011; SILVEIRA et al., 2014).

A identificação de fatores de risco para DCV tem sido estudada em crianças. No estudo realizado por Ribas e Silva (2014), em Belém - Brasil, com crianças de 6 a 19 anos, matriculados nas redes pública e privada, foram encontrados excesso de peso, dislipidemia, história familiar positiva e sedentarismo como principais fatores de risco nesta população. O mesmo estudo também mostrou que os dados de obesidade eram menores para faixas etárias maiores e com menor condição socioeconômica. Para crianças menores de 10 anos, identificou-se que existia maior probabilidade de desenvolvimento de excesso de peso e dislipidemia, estando esta última condição relacionada com o estilo de vida, sedentarismo e dieta inadequada das crianças e adolescentes (RIBAS; SILVA, 2014).

Fatores de risco como obesidade e aumento do nível de colesterol, predizem a persistência destes fatores até a vida adulta, e o surgimento de aterosclerose (DAVIS et al., 2001). No estudo de Muller e colaboradores (2014), o qual investigou o excesso de peso em crianças menores de cinco anos, no Brasil, foi constatado que a prevalência do excesso de peso foi maior em crianças do sexo masculino, com idade menor que um ano, de etnia branca e com peso de nascimento maior que 3.500g.

A hipertensão arterial foi investigada no estudo de Monego e Jardim (2006), com crianças e adolescentes, na faixa etária entre 6 e 14 anos. A hipertensão arterial foi identificada em ambos os sexos, tendo associação significativa com o excesso de peso, que também foi prevalente na amostra estudada. Destacou-se também a prevalência de sedentarismo, embora não se observou associação estatística do sedentarismo com a hipertensão.

Burgos e colaboradores (2013) avaliaram a obesidade em crianças e adolescentes com faixa etária entre 7 e 18 anos, analisando os marcadores bioquímicos, pressão arterial (PA), índice de massa corporal (IMC), relação cintura-quadril (RCQ) e circunferência da cintura (CC), no município de Santa Cruz do Sul - Brasil. Os dados mostraram que dos 1.950

participantes, 119 (6,1%) apresentaram a PA elevada. A CC aumentada, IMC elevado, sobrepeso e obesidade, foram maiores no sexo masculino. Não se encontrou alterações significativas nos marcadores bioquímicos, no entanto, os autores sugerem relação entre CC aumentada e IMC elevado com o surgimento de hipertensão na infância (BURGOS et al., 2013).

No estudo de Menezes e colaboradores (2011), os autores identificaram a prevalência de fatores associados ao sobrepeso de pré-escolares de 2 a 5 anos de idade, na Região Metropolitana do Recife - Brasil, sendo constatado excesso de peso (9%) entre essa população. A maior prevalência (13,5%) foi em crianças de famílias com melhor condição socioeconômica, maior nível de escolaridade, acesso a bens de consumo e saneamento básico. Essas condições sociais e econômicas foram consideradas como fatores associados ao excesso de peso nas crianças.

Os fatores associados ao excesso de peso são por vezes controversos, no entanto, estima-se que a prevalência do excesso de peso em pré-escolares, desde 1989, aumentou em 160% no Brasil (SILVEIRA et al., 2014). Sabe-se que os comportamentos que influenciam em tais fatores de risco sofrem influência da cultura social de consumo excessivo e também dos interesses econômicos das indústrias alimentícias, crescimento social inadequado, falta de integração entre órgãos responsáveis pelo controle da saúde, o que pode gerar um estilo de vida deletério e conseqüente desenvolvimento de fatores de risco modificáveis e doenças cardiovasculares (CASTELLANO et al., 2014).

A grande parte das pesquisas relacionadas à saúde cardiovascular e aos fatores de risco cardiovasculares, com a população de crianças e adolescentes incluem crianças em idade escolar, acima de sete anos, ou adolescentes. Porém, há uma carência de dados epidemiológicos relativos à população de crianças pré-escolares, faixa etária crucial, que exige um olhar diferenciado dos pesquisadores, pois envolve um momento de mudanças na rotina diária da criança, uma vez que esta iniciará o convívio em sociedade no ambiente escolar, podendo ocorrer mudanças também nos hábitos e estilo de vida.

Conforme já citado, fatores de risco como excesso de peso e obesidade, sedentarismo e alimentação inadequada são fatores preditores e de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas que acometem o sistema cardiovascular.

Ao se estudar a relação entre fatores de risco cardiovasculares na infância, e a ocorrência de doenças cardiovasculares, sugere-se que a detecção precoce dos fatores de risco na infância e sua prevenção são essenciais para um prognóstico positivo na vida adulta, no sentido da prevenção de doenças crônicas (RODRIGUES et al., 2013). Vários estudos apontam para a necessidade da prevenção destes fatores de risco cardiovasculares através da promoção da

saúde na perspectiva da saúde cardiovascular, de forma a evitar o desenvolvimento de doenças cardiovasculares como a aterosclerose, e consequentemente doenças isquêmicas e da artéria coronária (CASTELLANO et al., 2014; DAVIS et al., 2001; MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

Ações visando a promoção da saúde na perspectiva da saúde cardiovascular devem se iniciar o mais precocemente possível, iniciando-se no período de amamentação. A amamentação exclusiva apenas por 120 dias, tempo que antecede os seis meses de amamentação exclusivo recomendado pelo Ministério da Saúde, parece favorecer o excesso de peso. No entanto, sabe-se que os lactentes que amamentam exclusivamente nos primeiros seis meses de vida possuem maior chance de proteção contra o excesso de peso. Porém, há necessidade de realização de outros estudos para elucidação da relação da duração da amamentação com o excesso de peso e, portanto, com o desenvolvimento de fatores de risco cardiovasculares (MÜLLER et al., 2014).

Céspedes e colaboradores (2013) realizaram um estudo em Usaquém, Colômbia, o qual teve como objetivo avaliar o impacto de intervenções educativas, com crianças de 3 a 5 anos. Nesse estudo, foram realizadas ações interativas em sala de aula através da utilização de livros de histórias, vídeos, jogos, e músicas na perspectiva da promoção da saúde. Os autores identificaram mudanças positivas nos conhecimentos, atitudes e hábitos das crianças, sendo que crianças de 3 anos obtiveram menores evidências de mudanças quando comparadas àquelas de 5 anos. Da mesma forma, encontraram-se melhores resultados para as meninas quando comparadas com os meninos.

O mesmo estudo concluiu também, que intervenções cujos temas eram alimentação e atividade física envolvendo outros participantes além da criança pré-escolar, como pais e educadores, têm um grande potencial para melhorar o comportamento alimentar e o comportamento sedentário. De acordo com os autores, torna-se possível prevenir o surgimento de fatores de risco cardiovasculares a curto, médio ou longo prazo, através da integração entre as crianças, pais e educadores na adoção de novos comportamentos que influenciam no estilo de vida (CÉSPEDES et al., 2013).

Em se tratando da saúde cardiovascular, sabe-se que são possíveis diversas estratégias, no contexto alimentar, que favorecem a saúde cardiovascular ou minimizam riscos de danos, como por exemplo o incentivo ao consumo de alimentos ricos em ácidos graxos Ômega-3, com maior teor de grãos integrais, redução do conteúdo de sódio, entre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Padrões alimentares saudáveis na infância favorecem a promoção da saúde, e interferem positivamente no crescimento e desenvolvimento infantil, além de prevenir o surgimento de

deficiências de micronutrientes, como anemia e doenças crônicas, como as cardiovasculares (PELLANDA et al., 2002). Para uma eficácia no combate às DCNT, intervenções nutricionais, que podem ser realizadas através de orientações em relação ao aumento do consumo de frutas, verduras e legumes, diminuição do consumo de doces, refrigerantes e frituras, fornecem potenciais benefícios (RAVERA et al., 2016).

Em relação à atividade física, o indivíduo ativo tende a ser mais saudável, e ter maior qualidade e expectativa de vida. Os benefícios potenciais da atividade física na infância podem estar relacionados à melhores medidas do tecido adiposo, aumento da saúde óssea, desenvolvimento motor e cognitivo, saúde mental, além de promover a saúde à nível cardiometabólico (TIMMONS et al., 2012).

Estudos apontam para a influência dos pais e familiares no desenvolvimento de excesso de peso e obesidade, indicando associação das variáveis socioambientais no estilo de vida das crianças, e portanto, demonstrando que a criança não pode ser vista de forma independente na perspectiva de sua saúde, devendo considerar a sua inserção em uma conjuntura familiar e social (MENEZES et al., 2011).

Kain e colaboradores (2010) realizaram na comunidade de Macul, Chile, um estudo com o objetivo de avaliar se uma intervenção com professores, relacionada à promoção de hábitos saudáveis, iria influenciar na efetividade de ações para prevenção da obesidade infantil com crianças. Participaram do estudo, crianças na idade pré-escolar e escolar e seus professores, os quais fizeram parte de uma avaliação prévia em relação aos hábitos de vida, e depois preencheram uma segunda avaliação após o período de intervenções, que teve duração de dois anos. O estudo apontou que houve diminuição da prevalência de obesidade em crianças cujos professores receberam a intervenção, e melhora significativa nos índices de glicose e colesterol HDL das crianças.

Os comportamentos da infância em relação à saúde cardiovascular englobam aspectos relacionados ao estilo de vida, com ênfase na alimentação e atividade física. (MELLO; BARROS; DE MORAIS, 2016). Nesta perspectiva, destaca-se a importância de abordar estes hábitos desde a infância, tendo em vista a prevenção de doenças crônicas e promoção da saúde (PEÑALVO et al., 2013).

2.3.2 Hábitos alimentares na infância e a influência do contexto familiar, escolar e social

Os hábitos alimentares das crianças são formados desde a gestação, e continuam em desenvolvimento principalmente entre o segundo e terceiro ano de vida. (BEAUCHAMP; MENNELLA, 2011).

Beauchamp e Mennella (2011) destacam que a construção dos hábitos alimentares sofre influência de fatores genéticos, fisiológicos, socioeconômicos, culturais, étnicos e religiosos. Com o desenvolvimento da criança e o processo de socialização, os hábitos alimentares são influenciados pela família, escola, amigos e mídia. É importante considerar, além dos diversos fatores citados, que o ato de se alimentar vai além de uma necessidade biológica, mas também é uma fonte de prazer e uma ferramenta de socialização.

Na infância alguns fatores que podem também estar relacionados com a construção dos hábitos alimentares, como a exposição e acessibilidade aos alimentos, o modelo alimentar adotado pela família e pelos seus pares, e as consequências fisiológicas da ingestão de alimentos, as quais podem ser relacionadas às infecções de origem alimentar, dificuldade de digestão, entre outros (BIRCH; FISHER, 1998).

Sabe-se, que na fase da infância há uma predisposição inata à preferência por alimentos de conteúdo mais doce, devido à composição calórica e energética desses alimentos. Já para os alimentos amargos, há uma relação negativa inata com substâncias tóxicas, o que os fazem ter um sabor desagradável, e portanto, uma menor aceitação por parte da criança. No entanto, essas condições inatas não são imutáveis, mas necessitam da estimulação ambiental e familiar, para que a criança possa desenvolver-se plenamente no contexto alimentar, extrapolar as barreiras inatas e explorar uma alimentação diversificada (BEAUCHAMP; MENNELLA, 2011).

Nessa perspectiva, nota-se que ao longo dos anos, as crianças passaram a viver em ambientes que reforçam essa preferência inata por doces e alimentos calóricos. E isso reflete diretamente no desenvolvimento dos hábitos alimentares dessas crianças. No Brasil, sabe-se que a alimentação de crianças pré-escolares é caracterizada por um consumo elevado de leite de vaca, e é introduzido precocemente o consumo de frituras, doces, refrigerantes e sal (ALVES; MUNIZ; VIEIRA, 2013; CASTRO et al, 2014; MELLO; BARROS; DE MORAIS, 2016).

Quando avaliados os padrões alimentares dessas crianças, nota-se a presença de dois padrões principais, que são classificados como “lanches” e “não-saudável”. O padrão “lanches” é caracterizado por alimentos de padaria e que não necessitam de preparo; o padrão “não saudável” se caracteriza por guloseimas ricas em lipídios e açúcares (NOBRE; LAMOUNIER; FRANCESCHINE, 2012).

Achados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado por Sparrenberger e colaboradores (2015), com crianças de dois a dez anos de idade, em uma unidade básica de saúde de Porto Alegre – RS, Brasil. Os autores apontaram que há uma presença importante de carboidratos, alimentos ultra processados, ingestão de biscoitos recheados, produtos de panificação, doces e refrigerantes na alimentação das crianças. O destaque para esses alimentos, deve-se ao fato de tais alimentos serem ricos em sódio, o que pode facilitar o desenvolvimento de hipertensão arterial na infância ou na vida adulta.

A adoção de um determinado padrão alimentar pode estar relacionada com o baixo custo e facilidade de aceitação por parte das crianças. Pode-se também associar à baixa escolaridade das mães, maior tempo despendido pelas crianças em frente à televisão, a filhos de mães com excesso de peso, e ao hábito de fumar dos pais (NOBRE; LAMOUNIER; FRANCESCHINE, 2012).

Os níveis de renda familiar também parecem estar relacionados com os hábitos alimentares das crianças. Rodrigues e Fiates (2012) realizaram um estudo com o objetivo de comparar os hábitos alimentares e o comportamento de consumo de crianças de diferentes níveis de renda familiar de Florianópolis - Brasil, com estudantes de 7 a 10 anos de idade. Os achados dos autores apontam para uma preferência por frutas independentemente da situação financeira da família.

Diante desse panorama, os pais e familiares têm importante papel na promoção de um estilo de vida mais saudável, principalmente em relação à dieta. São eles quem têm maior poder em determinar a alimentação de seus filhos, e também refletir sobre os próprios comportamentos alimentares (EK et al., 2016; RODGERS et al., 2013). Dessa forma, os hábitos alimentares adotados no contexto familiar participam da construção da base alimentar das crianças. Essa influência do contexto familiar têm maior destaque na infância, uma vez que na adolescência o indivíduo passa a ser mais autônomo em suas decisões e cuidado com sua saúde (COELHO et al., 2015).

Outro componente importante no desenvolvimento dos hábitos alimentares das crianças é a escola. A formação da criança ocorre principalmente através da interação social. No ambiente escolar, esta interação acontece entre a criança, o educador, colegas de classe, e demais integrantes da escola. Por isso, é importante considerar que o educador e demais integrantes, na fase pré-escolar, podem exercer influência nos comportamentos da criança (BRÁS; REIS, 2012).

A escola pode influenciar de forma positiva ou negativa no estilos de vida da criança, através, por exemplo, da qualidade de alimentos oferecidos nas merendas escolares. Quando a

alimentação consumida pela criança possui alto teor de gordura e sódio, contribui-se para o ganho de peso, aumento dos índices de lipídios séricos, e hipertensão de maneira progressiva, desde a fase pré-escolar (LIMA; ROMALDINI; ROMALDINI, 2015).

Capelatti (2015) investigou de forma qualitativa os hábitos alimentares de alunos da educação infantil, na faixa etária de cinco e seis anos, em Sinop, Mato Grosso, Brasil, por meio de entrevistas com as crianças e também junto às merendeiras da instituição. Os achados apontaram que há horários determinados para alimentação das crianças, a qual se compõe de uma alimentação baseada em lanches, como bolachas com chá e iogurte, além de refeições compostas por arroz, feijão, macarrão, carne, legumes, e verduras.

Neste mesmo estudo, as crianças apresentaram dificuldade no reconhecimento dos alimentos consumidos na escola. As crianças dizem preferir alimentos como beterraba, arroz, cenoura e batata. No entanto, as merendeiras relatam que as crianças geralmente não tem boa aceitação com legumes e frutas, o que causa um grande desperdício de alimentos. As mesmas também atentam para o fato da falta de envolvimento da família, uma vez que muitos alimentos saudáveis não são reconhecidos pelas crianças, como algumas frutas e legumes (CAPELATTI, 2015).

A alimentação oferecida pelas pré-escolas, apesar de terem os cardápios avaliados positivamente, ainda podem apresentar fragilidades. Como já relatado, há uma frequência de recusas de alimentos mais saudáveis por parte das crianças (VIEIRA et al., 2015). Há ainda, os lanches que muitas vezes são levados pelas crianças, para a escola, e findam por substituir as refeições oferecidas pela escola.

Zanirati e colaboradores (2014) avaliaram a influência do turno escolar estendido no perfil alimentar de crianças e adolescentes e verificaram que o maior tempo de permanência dos alunos nas escolas, como nas escolas integrais, possibilitaram uma melhora no perfil alimentar dos escolares, o que pode ser justificado pela presença de programas que são instituídos nessas escolas de ensino integral, a exemplo do programa que institui dez passos para alimentação saudável.

Com o objetivo de favorecer a adesão de hábitos alimentares saudáveis pela comunidade escolar, o Ministério da Saúde desenvolveu os Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas:

- 1º passo: define que a escola deve desenvolver estratégias que favoreçam escolhas saudáveis, em conjunto com a comunidade;
- 2º passo: envolve a necessidade de reforçar a abordagem de promoção de uma alimentação saudável no currículo escolar;

- 3º passo: visa desenvolver estratégias de informação às famílias dos alunos, enfatizando a corresponsabilidade na promoção da alimentação saudável;
- 4º passo: envolve sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos com alimentação na escola para produzir e oferecer alimentos saudáveis;
- 5º passo: visa restringir a oferta, promoção comercial e venda de alimentos ricos em gorduras, açúcares e sal;
- 6º passo: desenvolve opções de alimentos e refeições saudáveis na escola;
- 7º passo: define a necessidade de aumentar e promover o consumo de frutas, verduras e legumes;
- 8º passo: auxilia na divulgação de alimentos como opções saudáveis;
- 9º passo: visa divulgar a experiência da alimentação saudável para outras escolas;
- 10º passo: visa desenvolver um programa contínuo de promoção de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2008).

Em relação ao consumo de guloseimas e a associação com a renda familiar, Rodrigues e Fiates (2012) demonstraram que enquanto os alunos de ensino privado relataram ter acesso a esse tipo de alimento somente nos finais de semana por haver controle direto dos pais, os alunos do ensino público relataram ter acesso a esses alimentos e consumi-los diariamente. Já em relação ao consumo de verduras, os autores apontam que esteve mais presente nos alunos de escola pública, sendo justificado pelo fato de que muitas crianças de escola pública participam de projetos sociais que fornecem o consumo de verduras e legumes em maior quantidade, fato que não se observa em escolar particulares.

Outro fator determinante na construção dos hábitos alimentares na infância é a exposição da mídia no cotidiano da criança. Esse fator têm se tornado cada vez mais presente, principalmente após o processo de globalização e maior acesso à tecnologia e meios de comunicação. Com isso, o acesso à mídia alcançou desde populações economicamente mais favorecidas, como também as populações socialmente vulneráveis (GIDDENS, 1991 apud MOTTA-GALLO; GALLO; CUENCA, 2013)

Motta-Gallo; Gallo; Cuenca (2013) analisaram a influência da televisão sobre hábitos alimentares de crianças, com faixa etária entre 7 e 9 anos, no município de Garanhuns - Brasil. Os autores apontam que as preferências e práticas alimentares são moduladas pelo que as crianças veem na televisão, uma vez que as crianças podem escolher os alimentos com base nas propagandas exibidas.

Em geral, há um apelo midiático em torno do consumo de alimentos não-saudáveis, como por exemplo os *fast foods*. Nesses casos, a mídia se utiliza de recursos como os *jingles*, desenhos animados e comerciais, os quais mostram a criança se alimentando com o determinado produto (KELLER; SCHULZ, 2010). Sabe-se que o aumento da exposição da criança a esse tipo de mídia, tende a favorecer idas mais frequentes da família a restaurantes que sirvam esses tipos de alimentos, e conseqüentemente, favorece a adesão a hábitos alimentares não saudáveis (MOTA et al., 2012; TEIXEIRA et al., 2016).

2.3.3 Atividade física na infância e a influência do contexto familiar, escolar e social

A Atividade Física é definida como “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia – incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer”. O conceito de atividade física difere da concepção de exercício físico, no sentido de que este último caracteriza-se por uma atividade planejada, repetitiva, e que tem como um dos objetivos melhorar o condicionamento físico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014, p. 01).

A OMS (2014) recomenda que indivíduos adultos pratiquem no mínimo, 150 minutos de atividade física por semana. Para crianças e adolescentes, o recomendado é de 60 minutos por dia. No entanto, o conforto da vida moderna atual oferece várias condições para a não realização de atividades físicas. A sociedade contemporânea, industrializada, automatizada e informatizada têm produzido cada vez mais indivíduos sedentários (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000). Esse fato implica diretamente no aumento do surgimento de DCNT, e principalmente, de doenças cardiovasculares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A infância compreende uma fase crucial no desenvolvimento de um estilo de vida ativo. No entanto, pouco se sabe em relação ao impacto da atividade física na saúde das crianças na primeira infância. Esse fato pode ser justificado pelo pensamento tradicional coletivo de que a criança, principalmente entre 0 e 4 anos, já possui comportamentos de atividade física suficientes (TIMMONS, 2007). No entanto, torna-se primordial o estudo dos hábitos de atividade física nessa faixa etária, devido ao surgimento cada vez mais precoce de fatores de risco para doenças crônicas, relacionado a um estilo de vida sedentário.

Nesse contexto, verificou-se, em estudo realizado em Aracajú - Brasil com crianças e adolescentes da rede pública de ensino, que há uma prevalência de sedentários maior que a de indivíduos ativos. Além disso, o estudo demonstrou também que os indivíduos do sexo masculino apresentaram um maior nível de atividade física, quando comparado com indivíduos

do sexo feminino (SILVA et al., 2009). No entanto, constatou-se que a taxa de sedentarismo demonstra-se igualmente significativa em ambos os sexos (THOMPSON et al., 2003).

Sabe-se que os fatores demográficos, socioeconômicos e ambientais estão relacionados com realização de atividade física de crianças pré-escolares. Aponta-se que o número de filhos e a menor escolaridade paterna e materna têm influência direta nos hábitos de atividade física dessas crianças. Acredita-se que esses fatores conferem certo grau de influência devido ao maior estímulo oferecido pelos pais com maior escolaridade, e pelo fato de que há uma maior probabilidade de que a criança se envolva em brincadeiras e jogos quando possui pelo menos um irmão, conferindo às crianças estilos de vida mais ativos (BARROS; LOPES; BARROS, 2012).

Irwin e colaboradores (2005) apontam que famílias com uma única fonte de rendimento possuem dificuldades em estabelecer atividades físicas para as crianças pré-escolares. Os autores destacam também que a falta de um ambiente seguro condiciona a criança à falta de liberdade de brincar ao ar livre. As condições climáticas, em especial as estações mais frias, findam por preocupar os pais em relação ao desenvolvimento de resfriados e doenças, muitas vezes não permitindo que os filhos brinquem fora de casa.

No que se refere ao estilo de vida ativo, sabe-se que o envolvimento e participação dos pais, na realização da atividade física pelas crianças, acarreta em um resultado positivo. Neste caso é relevante a participação dos pais e familiares no incentivo, oferecendo suporte através de encorajamento verbal e observação da atividade realizada pela criança (WANG et al., 2015).

A escola também pode exercer influência no nível de atividade física praticado pelas crianças pré-escolares. Um estudo realizado com crianças de 3 a 5 anos, em Recife - Brasil, com o objetivo de investigar o nível de atividade física, apontou que escolas que oferecem um horário de recreio, tem maior chance de proporcionar um nível de atividade maior. Por outro lado, embora pareça contraditório, não realizar aulas de educação física ou atividades orientadas, pode aumentar o nível de atividade das crianças, uma vez que as crianças desenvolverão as atividades e brincadeiras de maneira mais livre e independente. Tal dado pode ser justificado pelo fato de que em aulas de educação física ou práticas orientadas, geralmente são utilizadas atividades que estimulam o desenvolvimento de habilidades motoras finas, as quais são caracterizadas por níveis baixos de gasto energético (MÉLO et al., 2013).

Ainda relacionado à atividade física de crianças no contexto escolar, Barros, Lopes e Barros (2012) apontam que crianças que estudam em tempo integral, ou no turno da tarde, têm maior probabilidade de desempenharem um menor nível de atividade física. Acredita-se que as

crianças que estudam pela manhã, conseguem participar de brincadeira e jogos nos turnos livres com maior regularidade, devido às condições de temperaturas mais amenas.

Cárdenas-Cárdenas e colaboradores (2015), realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o efeito da atividade física sobre o risco cardiometabólico de crianças e adolescentes. Os autores apontaram que crianças que praticavam atividades físicas mais leves demonstraram um escore de risco cardiometabólico maior do que os que praticavam atividades físicas mais intensas (CÁRDENAS-CÁRDENAS et al., 2015).

O meio social também parece exercer influência sobre os hábitos de atividade física das crianças pré-escolares. Verifica-se que crianças que residem em local onde não há espaço físico destinado à realização de brincadeiras e jogos ao ar livre têm até 136% mais chance de apresentar um baixo nível de atividade física (BARROS; LOPES; BARROS, 2012).

Além de questões relacionadas ao espaço físico, aponta-se também as tecnologias de entretenimento, principalmente a televisão, como importante fator com potencial influência sobre os hábitos e estilos de vida ativos. O hábito de assistir televisão ou jogos eletrônicos têm gerado crianças sedentárias. Nesse contexto, estima-se que as crianças despendem em torno de 5 a 6 horas diárias assistindo televisão (TEIXEIRA et al., 2016).

Essa mudança de hábitos é facilmente percebida quando os hábitos atuais são comparados com os hábitos de gerações passadas, onde as únicas formas de entretenimento eram as atividades, como brincadeiras e jogos, realizadas individualmente ou em grupo (TEIXEIRA et al, 2016).

Destaca-se, no estudo já citado realizado por Rodrigues e Fiates (2012) que as crianças afirmam assistir televisão diariamente sempre que possível, principalmente à noite. Os autores apontaram esse hábito como diretamente relacionado ao nível de renda familiar, uma vez que os estudantes de escola privada afirmaram participar de outras atividades diárias, como andar de bicicleta, e participar aulas extraclasse, como futebol, natação, balé. Já no caso de alunos de escola pública, observou-se que a principal atividade de lazer concentrava-se no fato de assistir televisão.

O mesmo estudo aponta para o fato de que atividades físicas, a partir do olhar dos estudantes, parecem ser menos atrativas do que atividades relacionadas ao uso de eletrônicos, os quais estão diretamente relacionados com o aumento do índice de sedentarismo na infância. Há também a atenção quanto à ida da criança à escola, ressaltando-se a importante de optar por um meio de transporte que possibilite maior gasto energético. Porém, acerca desse ponto, considera-se também alguns aspectos negativos, como questões relacionadas à segurança da

criança e necessidade de acompanhamento da criança até a escola (CHRISTOFOLETTI et al., 2016).

Estudos complementares tornam-se necessários para melhor compreensão do fenômeno da atividade física na idade pré-escolar, além de estudos sobre a influência do contexto familiar, escolar e social sobre o tema.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Abordagem do estudo

Este trabalho caracteriza-se como uma pesquisa do tipo estudo de caso, seguindo os preceitos estabelecidos por Yin (2015). O estudo de caso é uma investigação empírica que busca investigar um fenômeno em profundidade no seu contexto de mundo real, e pode ser utilizado em diversas situações, com a finalidade de ampliar o conhecimento relacionado à fenômenos tanto individuais como coletivos. Nesse sentido, considera-se que esse tipo de pesquisa é uma abordagem na qual o investigador explora um sistema delimitado contemporâneo da vida real (um caso) ou múltiplos sistemas delimitados (casos), por meio da coleta de dados detalhada em profundidade envolvendo múltiplas fontes de informação (YIN, 2015).

3.2 Cenário do Estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida, mediante autorização prévia através da carta de anuência, em uma escola municipal pré-escolar, a qual está localizada no bairro da Várzea, do município de Recife, Pernambuco, Brasil. O bairro na qual a escola está localizada concentra aproximadamente 70.000 habitantes (BRASIL, 2010). Esse bairro é distribuído em algumas Equipes da Estratégia Saúde da Família: Rosa Selvagem, Vila Arraes, Brasilit, Sítio Wanderley e Campo do Banco. A escola em questão encontra-se localizada nesse último.

A área de localidade da escola apresenta uma área de 5,49km², aproximadamente 7695 domicílios e cerca de 25.212 moradores. A população residente se declara, em sua maioria, como parda ou branca. Em relação ao rendimento mensal, cerca de 10.000 moradores não possuem renda ou possuem no máximo a renda de dois salários mínimos. Considerando os indivíduos entre 5 e 80 anos, há um total de aproximadamente 1.700 pessoas não alfabetizadas (BRASIL, 2010).

A taxa de criminalidade teve aumento de uma forma geral, nos últimos anos, na cidade do Recife. Quando investigados os crimes do bairro da várzea no primeiro bimestre dos anos de 2016 e 2017, nota-se que em 2016 foram registrado 30 casos enquanto que em 2017 foram 40 casos de crimes (BRASIL, 2017).

A escola conta com uma infraestrutura baseada em: água filtrada, água de rede pública, energia elétrica de rede pública, fossa, lixo destinado à coleta periódica, E acesso à internet através de banda larga.

A instituição possui em seu quadro funcional 23 funcionários, dos quais, 10 são educadores, e 2 são auxiliares destinados a crianças com deficiência. Os demais correspondem a funcionários destinados à limpeza e merendas, além de secretaria, coordenação, diretoria, entre outros. No espaço físico, existem 5 salas de aula, sala de diretoria, sala de professores, área para refeição dos alunos, cozinha, parque infantil, banheiros adulto e infantil, dispensa, pátio coberto e pátio descoberto.

Esta instituição contempla a educação infantil pré-escolar, abrangendo os grupos de meninos e meninas na faixa etária de 4 e 5 anos de idade. A escola funciona nos turnos da manhã e tarde, com um total de aproximadamente 170 crianças entre 4 e 5 anos, 11 meses e 29 dias. Cada educador atua em uma sala de aula, com uma média de 17 alunos por sala, com o apoio de um auxiliar, caso a turma possua algum alunos com deficiência.

As crianças são matriculadas para um turno de estudo, período no qual realizam as atividades propostas iniciando-se às 07:30/13:30h e finalizando-se 11:30/16:30h. Para cada turno, há a oferta de uma merenda escolar que compõe o lanche dos alunos. Há também um intervalo de vinte minutos em cada turno, que corresponde ao recreio dos alunos.

Em relação à merenda escolar ofertada, a escola disponibiliza de serviço terceirizado, contando com o trabalho de um merendeiro, o qual é responsável por preparar e servir a merenda às crianças no horário designado ao lanche. Já com relação ao período relacionado ao recreio, não há a participação de profissionais da educação ou saúde, na realização de possíveis atividades organizadas ou programadas. Nesse caso, as crianças desfrutam do tempo fornecido para o recreio no espaço aberto disponibilizado pela escola, o qual é composto por um *playgroud* e pneus coloridos.

3.3 Participantes do Estudo

Os participantes do estudo foram crianças pré-escolares, matriculadas no respectivo cenário de estudo, e seus pais ou responsáveis.

As crianças apresentam formas próprias de atribuir significados ao mundo em que estão inseridas, através da interação com o mesmo. Caracteriza-se próprio do mundo infantil as atividades baseadas no brincar, imaginar e interpretar a realidade através de uma lógica diferente dos adultos. Para realizar a pesquisa junto às crianças, é necessário que o pesquisador desenvolva um processo criativo, baseado em metodologias ativas, evitando abordagens “adultocêntricas” (DELGADO; MULLER, 2005; PEREIRA; CUNHA, 2007).

Foram adotados como critérios de inclusão e exclusão:

a) Pais ou responsáveis

Foram incluídos os pais ou responsáveis das crianças matriculadas na instituição de coleta de dados. Foram excluídos os pais que possuíam qualquer deficiência que de alguma forma prejudicasse o processo de coleta de dados, bem como os que não possuíam condições de comunicação e verbalização durante a entrevista individual.

b) Para as Crianças

Foram incluídas as crianças pré-escolares com idade entre 4 a 5 anos, 11 meses e 29 dias. Foram excluídas da pesquisa crianças que possuíam alguma doença que de alguma forma prejudicasse o crescimento e desenvolvimento normais para a faixa etária, bem como aquelas que não possuíam condições para comunicação e verbalização diante das atividades propostas. As crianças cujos pais não podiam participar da pesquisa foram excluídas automaticamente.

A amostragem se deu de forma intencional, e utilizou o critério de saturação teórica para determinação do tamanho amostral. Ao final, participaram da pesquisa 32 pessoas, sendo destas 16 pais/responsáveis e 16 crianças.

O termo “amostragem” constitui a etapa de escolha de determinados casos de um conjunto (indivíduos, lugares, documentos). A amostragem em pesquisa qualitativa, em geral, não se utiliza de uma seleção aleatória de uma população (FLICK, 2013). Segundo Yin (2016), as pesquisas qualitativas tendem a dispor de uma amostragem intencional, a qual tem o objetivo de selecionar unidades de estudo específicas, de forma que proporcionem ao estudo informações e dados relevantes para o tema estudado.

Não há uma forma padrão para definir o número necessário de unidades de coleta para compor uma amostragem de estudo qualitativo. O quantitativo de unidades de estudo, por si só, não confere confiabilidade ao estudo, por isso é essencial considerar que a composição dos participantes deve representar a população a ser estudada, de forma a possibilitar aprofundamento dos dados a serem coletados (YIN, 2016). Uma forma de delimitar o quantitativo de unidades de coleta é através de critérios de saturação teórica (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Os critérios de saturação podem ser definidos como limites estabelecidos para a finalização da composição da amostra. O critério de saturação teórica é entendido como a suspensão de inclusão de novos indivíduos na pesquisa por já obter, através da coleta de dados, informações repetidas ou redundantes a partir da avaliação do pesquisador (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

3.4 Fontes de evidências

Inicialmente, a pesquisadora fez uma aproximação com o cenário escolhido para a coleta de evidências, através de visitas realizadas duas vezes na semana, as quais possibilitaram o contato inicial e construção de vínculo com a instituição e com as crianças participantes do estudo.

Após aproximação do campo de estudo, foi realizada a coleta de evidências propriamente dita. Segundo Yin (2015), a pesquisa qualitativa do tipo Estudo de Caso, por se propor a estudar em profundidade o fenômeno escolhido, demanda a utilização de múltiplas fontes de evidências. A principal vantagem apresentada para a utilização de diversas fontes é o desenvolvimento de “linhas convergentes de investigação” (Yin, 2015, p.124).

Nesse contexto, o presente estudo utilizou-se da triangulação de dados com as seguintes fontes de evidências: observação do cenário; realização de grupos junto às crianças pré-escolares; e entrevistas individuais realizadas com seus respectivos pais ou responsáveis.

a) Observação do cenário

A coleta de evidências se iniciou com a observação participante. Segundo Yin (2015), esse tipo de observação atende por uma modalidade onde o observador é ativo no campo de investigação. Trata-se processo em que a presença do observador se faz com a finalidade de investigação científica. Tal processo de coleta de dados ocorre também mediante a participação do pesquisador no cenário, interagindo com os observados.

A observação ocorreu durante o mês de fevereiro de 2017, com o objetivo de acompanhar e observar a dinâmica do cotidiano do cenário, bem como dos indivíduos nele presente. Esta técnica contou com o suporte de um roteiro de observação formulado pela pesquisadora (APÊNDICE A), contendo as principais situações que deveriam ser observadas, apontando assim os aspectos mais relevantes para a pesquisa. O diário de campo foi utilizado para anotação das evidências coletadas nesse processo.

A observação do cenário do estudo como coleta de evidências proporcionou a possibilidade de mais uma fonte de dados, de forma a direcionar o seguimento da coleta nas etapas subsequentes, assim como relacionar os achados da observação com os resultados obtidos ao entrevistar os pais/responsáveis e ao construir os pequenos grupos com as crianças.

b) Fonte de evidências com os pais ou responsáveis:

Após a observação participante, a coleta de evidências continuou com os pais/responsáveis, a qual ocorreu apenas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao todo, participaram 16 pais/responsáveis.

A coleta de evidências foi realizada entre os meses de Março e Abril do ano de 2017. Foram realizadas duas entrevistas-piloto, com a finalidade de averiguar adequação do roteiro de entrevista, postura do pesquisador, e atendimento aos objetivos da pesquisa. Após as entrevistas-piloto foram feitas mudanças no roteiro de entrevistas referentes à uma formulação mais clara de algumas perguntas que os participantes estavam com dificuldade no entendimento.

Para a realização da entrevista semiestruturada, os pais/responsáveis inicialmente responderam sobre dados sociodemográficos e em seguida, conduziu-se a entrevista, guiada pelo roteiro semiestruturado elaborado previamente (APÊNDICE B), o qual contemplava informações sobre o conceito de saúde, práticas e saberes dos participantes em relação à atividade física e alimentação de seus filhos, bem como os fatores que estão envolvidos e que interfiram nas suas vivências, tais como questões financeiras, violência e condições de moradia.

A entrevista individual consiste em uma técnica bastante utilizada no universo de pesquisas qualitativas por tornar possível uma abordagem íntima e profunda do assunto que irá permear a entrevista. Esta forma de coleta também requer a atenção permanente do entrevistador, exigindo do mesmo uma escuta acurada e sensível para o que está sendo falado e como as falas estão discorrendo (YIN, 2016).

Uma entrevista semiestruturada é uma técnica que compreende uma conversação entre o entrevistador e o entrevistado, interação esta que deve ser guiada mediante os objetivos inerentes à pesquisa. Para Minayo (p. 64, 2001), este tipo de entrevista “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2001).

O registro da coleta de dados ocorreu através da gravação em áudio das entrevistas realizadas com os pais/responsáveis, bem como anotações no diário de campo. O recurso de gravação é recomendado e importante, por possibilitar o acesso integral e literal ao conteúdo obtido (YIN, 2016).

As gravações transcorreram após devido consentimento dos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O pesquisador responsável fez a transcrição dos dados, logo após obtenção do conteúdo das gravações.

c) Fonte de evidências com as crianças:

Com as crianças pré-escolares, a coleta se deu através da formação de pequenos grupos (DELGADO; MULLER, 2005) de quatro crianças, entre os meses de Abril e Junho do ano de 2017. Foram formados quatro grupos. Para cada grupo foram realizados dois encontros, nos quais um contemplava questões relacionadas aos saberes e práticas sobre hábitos alimentares e outro no qual se abordava a atividade física. Os grupos foram conduzidos seguindo o roteiro elaborado previamente (APÊNDICE C). Ao final, um total de 16 crianças participaram da pesquisa.

Para alcançar os objetivos propostos no trabalho em pequenos grupos, a pesquisadora utilizou como auxílio recursos visuais indicados para o trabalho com crianças (DELGADO; MULLER, 2005). Esses recursos foram imagens impressas, com configuração 5x8cm, contendo figuras dos principais alimentos pertencentes aos grupos alimentares, a saber: cereais, carnes e ovos, leguminosas, açúcares e doces, hortaliças, leite e derivados, e óleos e gorduras (APÊNDICE D) (ALVES; MUNIZ; VIEIRA, 2013).

As imagens foram confeccionadas com base nas observações feitas na escola e também a partir dos resultados obtidos com as entrevistas com os pais, as quais foram realizadas antes dos grupos com as crianças.

Para abordagem da atividade física, as figuras confeccionadas tinham imagens relacionadas às principais atividades desenvolvidas na idade pré-escolar, desde atividades mais ativas como jogos ao ar livre, brincadeiras, até atividades mais passivas como assistir televisão, dormir, e estudar (APÊNDICE E). As figuras utilizadas em ambos os grupos foram retiradas de imagens públicas disponíveis na internet, no endereço eletrônico da Google Imagens.

Nos dois grupos nos quais as crianças foram reunidas, a sessão foi iniciada com uma dinâmica “quebra-gelo” na qual a pesquisadora pediu que as mesmas fizessem desenhos relacionados a alimentos que gostavam de comer e atividades físicas que gostavam de praticar. Em seguida, as imagens com alimentos e atividades físicas e de lazer foram distribuídas pela pesquisadora. As imagens relacionadas aos alimentos foram apresentadas às crianças separadamente por grupos alimentares, devido ao grande número de imagens disponíveis.

A escolha deste tipo de abordagem com as crianças pré-escolares parte do pressuposto de que essa faixa etária engloba um período marcado pelo surgimento da linguagem e necessidade do simbólico na construção do pensamento, os quais são possibilitados através da interação interindividual. É nessa fase, portanto, que as crianças tornam-se capazes de trabalhar com representações para atribuir significados à realidade (PIAGET, 1970).

O registro da coleta de evidências ocorreu através da gravação de áudio e vídeo dos grupos realizados com as crianças pré-escolares, bem como anotações no diário de campo. O pesquisador responsável fez a transcrição dos dados, logo após obtenção do conteúdo das gravações.

Foram realizados dois pequenos grupos para estudo piloto, um relacionado à hábitos de alimentação e outro à atividade física. Os grupos piloto contaram com a participação de 4 crianças em cada grupo e ocorreram anteriormente à coleta de dados propriamente dita. Os resultados dos grupos pilotos não foram incluídos como resultado desta pesquisa. Após a coleta de dados foram realizadas algumas alterações necessárias na abordagem das atividades programadas com os grupos das crianças pré-escolares.

Portanto, para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- 1) Um roteiro de observação que foi utilizado pela pesquisadora, para apreensão de dados no ambiente escolar;
- 2) Um instrumento contendo um questionário referente à caracterização sociodemográfica dos pais/responsáveis e crianças, e um roteiro de entrevista semiestruturado;
- 3) Um roteiro de condução dos pequenos grupos desenvolvidos com as crianças;

3.5 Análise das Evidências

Os dados relacionados ao formulário de caracterização sociodemográfica das crianças foram utilizados para contextualização dos dados em relação aos participantes e foram apresentados em um quadro.

A análise dos dados coletados com as crianças pré-escolares e seus respectivos pais ou responsáveis seguiu a proposta apontada por Yin (2016), a qual compreende cinco fases: 1) compilar, 2) decompor, 3) recompor, 4) interpretar e 5) concluir. Na primeira fase foi realizada a compilação dos dados coletados, organizando e formando uma base de dados. Em seguida, foi feita a decomposição em fragmentos menores através da atribuição de códigos. A recomposição constitui o passo seguinte, no qual foram construídos temas substantivos através da aglomeração dos códigos gerados. A partir daí, foi realizada a fase de interpretação dos dados e, por fim, a conclusão dos dados e apresentação final.

Após a transcrição dos discursos, que se deu através do software Microsoft Word, foi utilizado o Software Atlas.TI 8,0, como ferramenta para auxiliar a gestão dos dados obtidos, principalmente nas etapas de decomposição e recomposição da análise das evidências. Com esse software foi possível codificar as evidências e facilitar o agrupamento dos códigos gerados.

O Atlas.TI é um software útil na análise de grande quantidade de dados qualitativos, de forma que auxilia a organização e remontagem dos achados que são analisados (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

3.6 Aspectos Éticos

A etapa de coleta de dados somente ocorreu após devida aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal de Pernambuco, com número do parecer 1.906.144 (ANEXO B), estando de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

A técnica de coleta desenvolvida pode se configurar em riscos mínimos pela possibilidade de desconforto ou constrangimento durante a entrevista e o trabalho em pequenos grupos a serem realizados. Para amenizar os riscos possíveis, os participantes foram esclarecidos anteriormente, em relação à pesquisa, possibilidade de desistência a qualquer momento, e necessidade de assinatura do TCLE (APÊNDICE F). No caso das crianças, aos pais/responsáveis foi exigida a autorização e assinatura do TCLE para participação da mesma. Nas transcrições e apresentação das evidências coletadas, os nomes dos pais/responsáveis foram substituídos pelas letras indicando o parentesco, e enumeradas conforme processo de análise: A (avó), M (mãe) e P (pai). Para as crianças, foi utilizada a letra C (criança) e a F (feminina) e M (masculina) para determinação dos sexos.

Como benefício direto desta pesquisa destaca-se a contribuição para o conhecimento dos comportamentos das crianças em idade pré-escolar, entre 4 e 5 anos, para assim conhecermos como se alimentam, se movimentam e dormem. A partir daí será possível planejar atividades educativas que ajudem as crianças e pais a estimularem seus filhos(as) a terem uma vida mais saudável, no tocante à saúde cardiovascular, através da mudança do estilo de vida, e assim, diminuir a probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares.

Os pesquisadores assumiram a responsabilidade quanto ao uso apropriado dos dados, apenas para estudo e publicação, resguardando os princípios de confidencialidade, privacidade e proteção da imagem das pessoas envolvidas na pesquisa. Os dados coletados estão armazenados, onde serão mantidos por cinco anos, no computador pessoal da pesquisadora Gabriela Freire de Almeida Vitorino, disponível no endereço rua Vinte e três, s/n, Cohab II, Gravatá, CEP: 55643-599, telefone celular: (81) 9 9717-6429, e-mail: gabrielafreirevitorino@outlook.com.

3.7 Problemas Metodológicos

Esta pesquisa apresentou limitações por incluir apenas as crianças cujos pais tivessem participado da entrevista, o que poderá ter acarretado a exclusão de importantes contribuições de outras crianças. A inibição de algumas crianças no grupo também pode ser apontada como uma limitação, a qual foi minimizada pela técnica de pequenos grupos com o quantitativo de quatro crianças.

4 RESULTADOS

4.1 Descrição do contexto escolar

Inicialmente, houve uma aproximação do pesquisador com o campo de estudo para melhor inserção e observação do contexto. A receptividade pelos funcionários da escola foi acolhedora, sendo possível perceber interesse, por parte dos integrantes da escola, pelo adequado desenvolvimento da pesquisa.

Durante os primeiros dias de observação a pesquisadora participou de uma reunião de pais e professores, coordenada pela Escola. Alguns temas importantes foram discutidos nesta reunião, a qual aconteceu de forma participativa através do diálogo entre os pais e professores, sendo proporcionado momento para os mesmos expressassem suas expectativas e dificuldades, uma vez que o semestre letivo estava iniciando.

Os temas abordados durante a reunião foram: aprendizagem das crianças, rotina escolar, e alimentação escolar e familiar. Com relação ao tema aprendizagem, a diretora reforçou a importância da escola e da família na construção do aprendizado da criança, e da necessidade da criança receber estímulos por parte da família nessa fase da vida, os quais facilitem e estimulem o seu pleno desenvolvimento.

A rotina escolar também foi explicitada, com informações sobre o horário de início das atividades na instituição, orientações quanto à alimentação e atividades realizadas no período escolar. Foi informado aos pais que a escola oferta merenda, cujo cardápio é preparado por uma equipe de nutrição e feita por um merendeiro. A presença de frutas e alimentos naturais foi enfatizada, sendo solicitado pela escola a colaboração dos pais no sentido de evitar a preparação de lanches com alimentos industrializados e açucarados, tanto na alimentação da família, como nos lanches escolares.

Apesar do diálogo dos professores e orientações quanto à importância da alimentação saudável na família e na escola, percebeu-se resistência de alguns pais. Alguns pais alegaram que seus filhos tinham preferências por alimentos ricos em carboidratos e açúcares e tinham dificuldade em aceitar outros alimentos, como frutas e verduras. Foi possível notar, durante a observação da rotina escolar, que muitas crianças levavam lanches de suas casas, os quais eram compostos por refrigerantes, biscoitos recheados e salgadinhos, na maioria das vezes.

Com isso, a pesquisadora percebeu que o tema alimentação era pertinente para ser debatido e investigado no contexto da interface entre escola, família e comunidade, no sentido de estímulo à formação de hábitos saudáveis na fase pré-escolar.

Durante a observação, a estrutura da escola e a relação com os hábitos saudáveis dentro do contexto das aulas foi explorado. Como exemplo, pode-se citar, com relação aos hábitos de atividade física, incentivos proporcionados pela escola e seus profissionais quando, comemorando datas festivas, incentivavam as crianças na introdução de danças folclóricas e culturais.

O contexto espacial da sala de aula e a organização de materiais didáticos que abordavam o tema Estilo de vida estavam presentes no dia-a-dia do cenário observado. Em uma das salas de aula, observou-se a disposição de imagens ilustrativas, fazendo alusão às letras do alfabeto. As imagens eram utilizadas com a intenção de proporcionar à criança a associação da letra com a imagem, como por exemplo, a letra A era acompanhada de uma imagem do suco industrializado da marca Ades; a letra B estava ilustrada com uma imagem do chocolate Baton; e a letra G era associada a uma imagem de uma caixa de chocolates Garoto.

Com relação ao preparo de alimentos na escola, o ambiente possui uma sala para armazenamento e preparação dos alimentos, função que ficava a cargo do merendeiro, e não havia área para refeição coletiva. A alimentação dos alunos acontecia em suas próprias carteiras, nas salas de aula, não havendo interação com alunos de outras turmas.

Durante o convívio da pesquisadora na instituição, os professores comentavam a mudança nos hábitos alimentares das crianças após a contratação de um novo merendeiro. Foi possível constatar, a partir de conversas com funcionários da instituição, que as crianças melhoraram o consumo de alimentos, pois antes havia uma rejeição de frutas e verduras, por parte das crianças. A presença do atual merendeiro ocorria uma melhor aceitação dos alimentos por parte das crianças, haja vista que o merendeiro servia as merendas de forma lúdica, buscando interação com as crianças. Foi possível observar um profissional dedicado, que conhecia os gostos e preferências de cada criança individualmente e as chamava pelo nome.

O pátio da escola não apresentava uma ampla estrutura, com área desenvolvida para realização e estímulo à prática de atividades físicas. A escola dispunha de um local aberto, com chão de concreto, alguns pneus e um *playground* como espaço para realização das brincadeiras das crianças no período do recreio. As turmas precisavam revezar os horários dos recreios, pois a área disponibilizada para esse momento não comportava todas as crianças da escola de uma só vez. Destaca-se como ponto negativo o fato da área ser um espaço aberto, sem coberturas, por proporcionar a exposição solar durante todo o horário do recreio, como também limitar as atividades em períodos de chuva.

4.2 Caracterização sociodemográfica dos participantes

Participaram da pesquisa o total de 32 pessoas, sendo 16 pais/responsáveis e 16 crianças que possuíam relação de parentesco direto. O quadro 1 apresenta as principais características sociodemográficas das crianças e de seus responsáveis. Com relação às crianças, 10 eram do sexo feminino (F) e 6 do sexo masculino (M); e 9 possuíam a idade de quatro anos. Quanto aos responsáveis, em relação ao grau de parentesco, foram 5 pais, nove mães e 2 avós. O estado civil predominante, foi casado; as famílias apresentaram, em geral, renda familiar baixa, assim como o nível de escolaridade (Quadro 1). Destaca-se a presença majoritária das mulheres na pesquisa, as quais apresentaram renda familiar entre 128,00 e 1.200 reais e escolaridade, em sua maioria, entre 1 e 9 anos de estudo apenas.

QUADRO 1 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS CRIANÇAS E SEUS PAIS/RESPONSÁVEIS. RECIFE, 2017.

Família	Idade da criança*	Sexo da criança	Idade do Responsável*	Grau de Parentesco	Estado civil do Responsável	Renda Familiar**	Escolaridade do Responsável em anos de estudo*	Outros filhos
F1	4	M	47	Pai	Viúvo	400,00	1 a 4	Não
F2	5	F	40	Mãe	Solteira	128,00	1 a 4	Sim
F3	4	F	43	Pai	Solteiro	2.500,00	Mais de 10	Sim
F4	4	F	36	Mae	Solteira	300,00	Mais de 10	Sim
F5	5	F	37	Mae	Casada	937,00	5 a 9	Sim
F6	4	M	42	Pai	Casado	937,00	5 a 9	Sim
F7	4	F	62	Avó	Viúva	937,00	0	Sim
F8	5	M	39	Pai	Casado	500,00	5 a 9	Não
F9	4	F	40	Mãe	Solteira	300,00	5 a 9	Não
F10	5	M	41	Mãe	Solteira	250,00	1 a 4	Sim
F11	5	F	59	Avó	Casada	937,00	1 a 4	Não
F12	5	F	45	Mãe	Casada	1.000,00	Mais de 10	Sim
F13	4	M	42	Mãe	Casada	1.200,00	5 a 9	Sim
F14	5	F	39	Pai	Casado	937,00	5 a 9	Sim

F15	4	F	38	Mãe	Casada	937,00	Mais de 10	Não
F16	4	M	41	Mãe	Solteira	350,00	1 a 4	Sim

*valor expresso em anos

**valor expresso em reais

FONTE: O autor (2017)

A análise das evidências encontradas junto aos pais e seus filhos foram organizados a partir de códigos descritivos. O agrupamento dos códigos descritivos geraram os códigos analíticos, os quais foram separados em evidências relacionadas à alimentação, e relacionadas à atividade física.

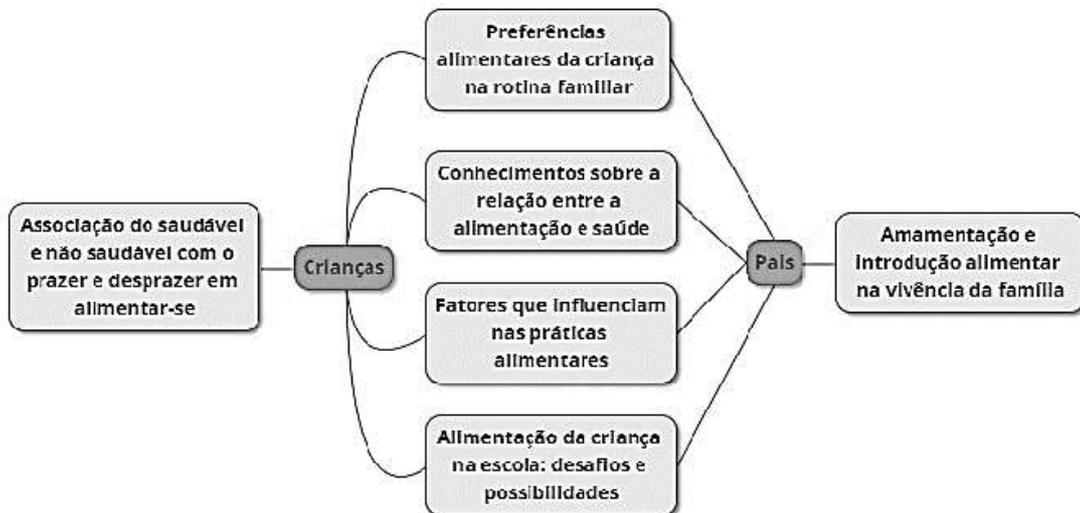


FIGURA 3 - CODIFICAÇÃO DOS DADOS RELACIONADOS À ALIMENTAÇÃO
 FONTE: O autor (2017).

Quanto à codificação dos dados relacionados à alimentação (Figura 3), pode-se perceber alguns códigos semelhantes para pais/responsáveis e crianças, os quais foram: preferências alimentares da criança na rotina familiar; conhecimentos sobre a relação entre alimentação e saúde; fatores que influenciam nas práticas alimentares; e alimentação da criança na escola. O código amamentação e introdução alimentar na vivência da família surgiu apenas quando analisados os dados das entrevistas com os pais e responsáveis. Já o código associação do saudável e não saudável com o prazer e desprazer ao alimentar-se surgiu apenas nas falas das crianças pré-escolares.

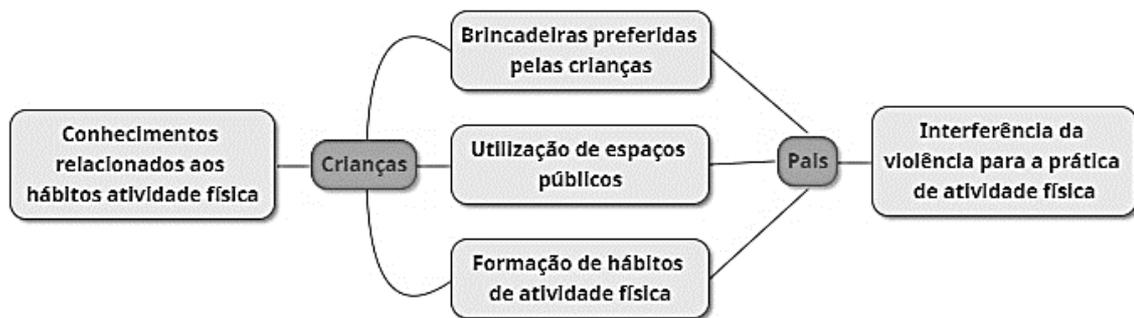


FIGURA 4 - CODIFICAÇÃO DOS DADOS RELACIONADOS À ATIVIDADE FÍSICA
 FONTE: O autor (2017)

A codificação das evidências sobre os hábitos de atividade física (Figura 4) possibilitou agrupar alguns códigos semelhantes nas falas dos pais/responsáveis e crianças, os quais foram: brincadeiras preferidas pelas crianças; utilização de espaços públicos; e formação de hábitos de atividade física. O código saberes relacionados à atividade física foi encontrado apenas nas falas das crianças. Já o código interferência da violência para a prática de atividade física foi identificado apenas nas falas de pais/responsáveis.

4.3 Saberes e práticas relacionados aos hábitos alimentares

4.3.1 Amamentação e introdução alimentar na vivência da família

Em relação às práticas alimentares das crianças no cotidiano da família, foram investigadas questões relacionadas ao período de amamentação. Alguns pais/responsáveis relataram que as crianças se alimentaram apenas com leite materno no início de suas vidas. Porém, essa prática foi associada à rejeição de laticínios e dificuldades alimentares, por parte de um participante, durante a fase pré-escolar. Em outro caso, o aleitamento materno foi considerado eficaz, porém com oferta de nutrientes limitada após os três anos de idade.

P3 - Só mamando três anos, os três anos ela mamou... ai depois foi que doutora disse assim: não, não deixe ela entrar pra os quatro anos não... até porque o leite não vai tendo aquela função, como a primeira né, como nos primeiros meses [...].

P8 - Ela ficou acho que menos de um ano, foi pouco tempo [...] mas disseram que até isso que ela ficou assim sem gostar de leite, comer direito [...].

Sobre o aleitamento materno, uma participante destaca uma relação entre os alimentos oferecidos na fase de transição do aleitamento materno exclusivo e introdução de outros alimentos. Segundo a M7, a oferta de frutas e sucos no período de transição alimentar contribuiu para a dificuldade em aceitar a ingestão de alimentos como feijão e arroz.

A7 – [...] Por isso que hoje em dia é difícil ela comer uma coisa que a gente dá, um feijão, um arroz. Já por causa disso. Porque quando ela era menorzinha a gente oferecia, comprava muita fruta, a mãe fazia suco.

Foi também destacado pelos participantes a influência de doenças maternas e do trabalho materno no desempenho ineficaz da amamentação.

P1 - Ele amamentou pouco porque ela não podia por muito tempo não porque quando ela tava grávida ela já tomava quimioterapia já [...].

M15 - Só peito por quatro meses, aí comecei a dar outras coisas pra ela. Tive que trabalhar aí não tinha como ficar só dando peito.

A transição do aleitamento materno para outros tipos de alimentos foi quase sempre relatada como um momento natural, sem rejeição por parte da criança. Os pais/responsáveis descreveram uma alimentação baseada em papinhas caseiras e industrializadas e frutas. Um dos participantes relatou o acompanhamento nutricional no primeiro ano de vida.

M4 - [...] a gente dava outras coisas também... dava fruta... que ela passava por um nutricionista do posto, o médico do posto né, passei um ano indo pra revisão durante o ano. [...] Depois eu comecei a dar ovo, frutas, que ela mandava dar... feijão, arroz, carne, e suco também, principalmente suco de fruta ela mandava dar também, mamão.

M9 - Era suquinho, sopinha, daquelas sopinhas de latinha [...].

M16 - Era leite em pó, depois as papinhas, aí depois frutas, mamão amassado [...].

4.3.2 Preferências alimentares da criança na rotina familiar

Quando os pais ou responsáveis foram questionados sobre a alimentação atual de suas crianças, os mesmos relataram uma dieta baseada em frutas, carboidratos, além de alguns grãos e alimentos ricos em proteínas. Foi também destacada a rejeição por verduras e legumes.

P6 - Hoje em dia ela gosta de arroz, cuscuz, ovos, ehhh [...].

P8 - Ela gosta somente de fruta, ela gosta bastante de fruta. Maça, melão, mamão, melancia, ela come tudo [...] agora comida mesmo assim é só macarrão, por ela come todo dia.

M9 - Ele come comida normal... arroz, feijão, macarrão... ele não é muito de verdura. As verdura que ele come só é batata, né, e nem cenoura ele come muito. É o que ele mais gosta, mas o que der a ele come. Macaxeira, é.. tudo. Cuscuz com leite, cuscuz sem leite, ele come tudo.

P8 - [...] se tiver verdura ela não quer, não come.

A7 – [...] aí bota uma verdura, mas é difícil comer. Uma batata, uma tomate, um chuchu ela come. Mas se botar uma verdura estranha, um repolho, uma cenoura, um jerimum ela já fica...

Na primeira etapa de condução dos pequenos grupos realizados com as crianças pré-escolares, foi solicitado que os mesmos ilustrassem através de desenhos, os alimentos que mais gostavam de comer. Foi possível perceber então, as preferências das crianças no tocante a alimentação. A preferência por frutas e carboidratos foi encontrada, como demonstra as Figuras 5 e 6, através da ilustração de maçã, pizza e pão (Figura 5) e de uma uva e pão (Figura 6).

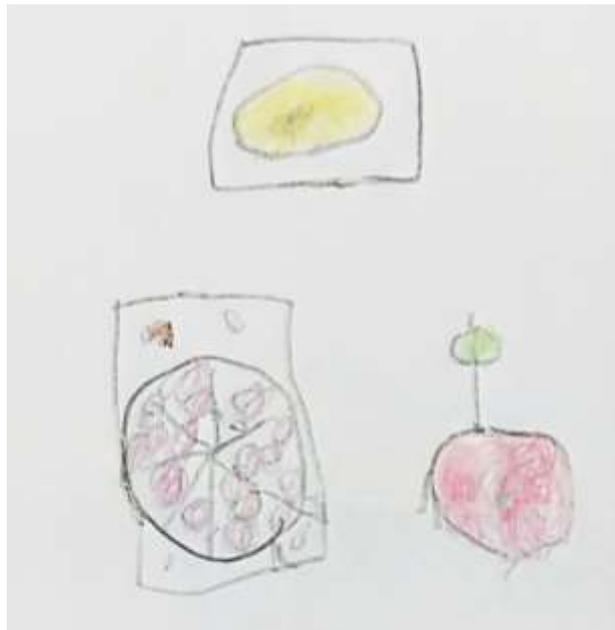


FIGURA 5 – PREFERÊNCIA DA CRIANÇA C8M POR FRUTAS E CARBOIDRATOS
FONTE: Dados desta pesquisa (2017)



FIGURA 6 – PREFERÊNCIA DA CRIANÇA C9F POR FRUTAS E CARBOIDRATOS
FONTE: Dados desta pesquisa (2017)

Foi estabelecida por uma criança a relação entre quantidade de comida com o efeito do pai estar “barrigudo”. A mesma relatou que seu pai comia muita cenoura, e por isso o desenhou barrigudo, além também de ilustrar, em seu desenho, sua preferência por frutas (Figura 7).

Na figura 8, percebe-se a preferência da criança por frituras, uma vez que o mesmo desenhou duas coxinhas, e relatou ser um dos alimentos que mais gosta.



FIGURA 7- PREFERÊNCIA DA CRIANÇA C1M POR FRITURAS E ILUSTRAÇÃO DO PAI
FONTE: Dados desta pesquisa (2017)

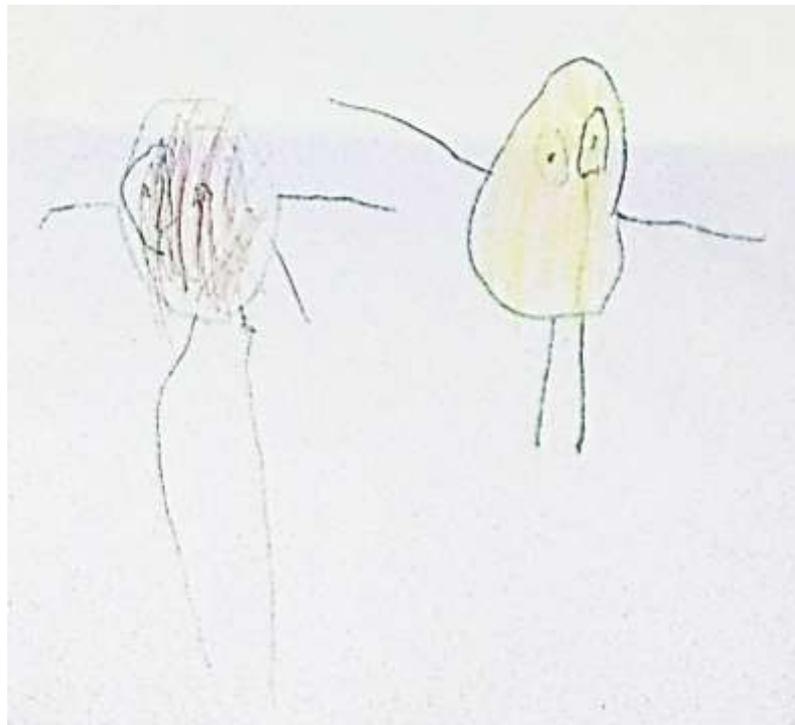


FIGURA 8 – PREFERÊNCIA DA CRIANÇA C5F POR FRITURAS
FONTE: Dados desta pesquisa (2017)

Após a confecção espontânea dos desenhos, foi solicitado que as crianças escolhessem os alimentos preferidos através da apresentação de imagens de diversos alimentos. Nessa situação, as crianças relataram a presença de carboidratos e alimentos industrializados nos discursos anteriores, como citado o hambúrguer por C4F e C8F. O grupo das frutas foi um dos mais relatados pelas crianças quando questionadas sobre os alimentos que mais gostavam de comer. Já os grãos, foi um dos grupos de alimentos que as crianças relataram que de fato comem em suas casas.

C9F - O meu mais preferido do mundo é uva [...]

C8M - De maçã. Eu gosto de tudo isso (frutas). E hambúrguer.

C4F - Gosto de morango, melão, abacate, manga, melancia e hambúrguer.

C2F - E eu como até feijão e macarrão.

C13M - Como arroz, macarrão, feijão.

Quando analisadas as evidências coletadas junto às crianças pré-escolares, através das imagens confeccionadas (APÊNDICE D), percebem-se semelhanças em relação às suas preferências alimentares e aquelas relatadas pelos pais/responsáveis.

Alguns pais/cuidadores relataram a preferência da criança por alimentos industrializados e guloseimas, além de uma alimentação em quantidade reduzida segundo percepção dos pais/responsáveis.

A7 - [...] ai no lanche a gente tenta dar uma fruta, ai o negócio dela é besteira. Um biscoito ela sempre quer [...].

A11 - mas ela gosta muito de comer besteira, biscoito, Danone, pipoca.

P8 - O dela é sempre assim, aqueles tiquinho [...]A comida dela ela esconde, quando vai varrer a casa ta debaixo da mesa, da cama... os pratos com os “cumê”, as coisas... ela nunca come tudo.

A figura 9 apresenta os principais grupos de alimentos relatados pelas crianças, que foram as frutas, grãos, carboidratos, lipídios e açúcares.

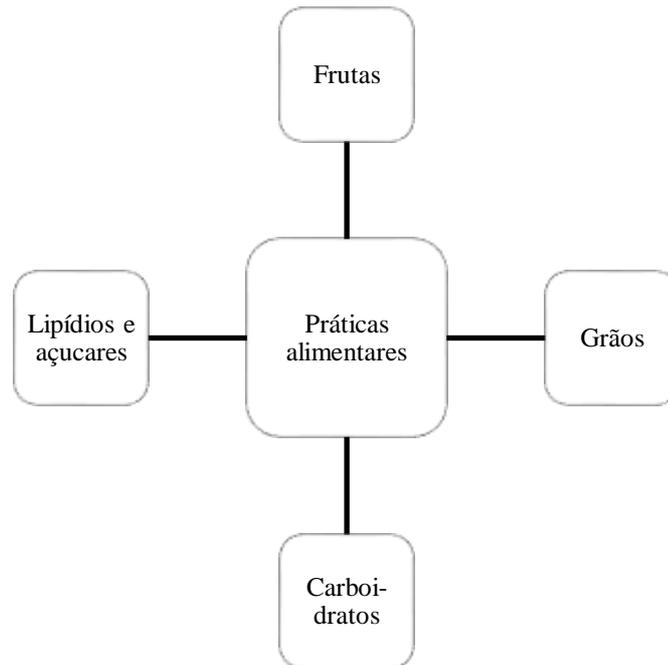


FIGURA 9 – GRUPOS ALIMENTARES CONSUMIDOS PELOS PRÉ-ESCOLARES NA PERSPECTIVA DAS CRIANÇAS
 FONTE: O autor (2017)

Os alimentos industrializados como salgadinhos, biscoitos, mortadela e salsicha foram também citados. Esses grupos de alimentos demonstram-se presentes quando as crianças foram questionadas em relação ao que gostavam de comer e ao que de fato comiam.

C16M - Esse bolo tá delicioso. Esse biscoito, esse aqui (maçã) e o suco (de caixa).

C9F - Do salgadinho, da pipoca, de biscoito, picolé... [...] Eu comi um pão com mortadela.

C7F - Eu como esse daqui (Cuscuz).

C11F - Gosto da salsichinha... eu como com pão e pão com ovo.

Doces, refrigerantes e guloseimas surgem nos relatos das crianças, como alimentos que gostam de comer, e que comem em casa.

C6M - Gosto de skin cola.

C13M - Eu comi sorvete ontem.

C14F - Eu como biscoito.

C11F - Do bolo de chocolate... eu gosto muito do salgadinho e do biscoito... do sorvete, da Jujuba, do biscoito recheado...

4.3.3 Conhecimentos sobre a relação entre a alimentação e saúde

Quando questionados sobre alimentação saudável, os pais/responsáveis relataram a importância da inclusão de frutas e verduras na alimentação familiar, bem como a necessidade de evitar alimentos industrializados.

M4 - Bastante fruta, verdura, legumes, é, bastante suco também, é, de fruta né, não esses suco de garrafa que é industrializado né, essas coisas assim [...].

M9 - Verdura, feijão, arroz, macarrão, verdura, suquinho, umas verdinhas... umas coisas leves assim....

Os pais/responsáveis estabeleceram uma relação entre a importância da alimentação com a ausência de doença e fortalecimento da saúde. Sob a percepção dos participantes, a alimentação proporciona um organismo saudável diante do processo de adoecimento.

P1 - Alimento saudável, que ele fique bem, [...] e nunca apareça problema grave com ele.

M2 - Alimentação é saudável pra ela.

M4 - Faz bem né, faz crescer... ter nutrientes né, crescer saudável e ter uma boa saúde.

Nota-se também o entendimento quanto à existência de nutrientes nos alimentos e sua relação com o alimento saudável, e com o adequado desenvolvimento da criança. O alimento rico em gordura é destacado como um tipo de alimento que deveria ser evitado, bem como alimentos muito manipulados, e que não são servidos a fresco.

M4 - [...] e também peixe que tem ômega três. Essas galinhas a pessoa come mas não pode ser muito né porque o pessoal coloca essas coisas... bom mesmo é o peixe.

M12 - Tirar gordura né? Essas coisas assim que é muito gordurosa. Acho é isso.

4.3.4 Associação do saudável e não-saudável com o prazer e desprazer ao alimentar-se

Quando questionados sobre a opinião das crianças em relação aos alimentos saudáveis, houve destaque para a presença do carboidrato como alimento saudável, assim como laticínios e verduras.

C5F - Eu acho que é isso e isso (biscoito e bolo).

C7F - A pizza deixa a gente forte, porque tem mais queijo.

C9F - Purê. E salada.

C4F - Papa também, fica bem forte mesmo.

C5F - A tomate, cebola, o pepino e o leite.

Há também uma interpretação das crianças sobre alimentos industrializados e frituras serem considerados saudáveis.

C8M - Acho que é isso e isso (Salgadinho e jujuba).

C6M - Esses aqui tia (coxinha e pastel) [...] Porque a coxinha tem mais carne dentro.

C7F - Faz bem o morango e melancia [...] Porque o gosto é bom.

Como expresso no relato anterior, percebe-se que há uma interpretação da criança, entre o saboroso e o saudável, e o saudável como relacionado à preferência alimentar individual.

C6M - Hambúrguer [...] Porque a gente come, e tem um gosto bem delicioso.

C9F - Purê. E salada [...] Porque eu já comi misturado. Fica uma delícia com sal... um pouquinho só.

C8M - Macarrão com salsicha [...] Porque eu gosto.

O alimento saudável também foi associado, pela criança, à ausência de sabor desse alimento. Percebeu-se também, que algumas crianças estabeleceram uma relação entre a alimentação saudável e a quantidade do consumo alimentar, ao passo que consideraram que o maior consumo de alimentos proporciona o aumento de peso.

C11F - Cenoura [...] Porque não tem gosto.

C4F - A sopa [...] Porque tem muita sopa no prato.

C1M - Esse é meu pai barrigudo [...] Porque ele come demais.

No entanto, também houveram relatos no quais a alimentação não saudável foi considerada pela criança como uma dieta rica em alimentos gelados, frituras, verduras e alimentos industrializados.

C11F - Eu gosto de jujuba, das balinhas, e de picolé... mas eu não posso tomar mais não, só quando o meu catarro parar.

C5F - Batata frita. E Suquinho de caixa [...] Porque não é nada. É muito salgado pra gente.

C8M - O tomate [...] Porque tem semente.

C12F - Tudo menos o hambúrguer. Não pode comer hambúrguer muito...

Além disso, o não saudável foi associado pelas crianças como uma alimentação baseada em alimentos que não são saborosos e que estão relacionados com o surgimento de doenças.

C12G - Tudo. Menos verdura [...] Porque é ruim. Eu não como e sou forte.

C8M - O ovo [...] Porque é ruim. [...] Se ta com uma ferida não come a calabresa [...] Porque se não vai piorar mais ainda.

C12F - Minha mãe não deixa eu tomar muito sorvete, senão eu fico resfriada outra vez, e isso piora.

4.3.5 Fatores que influenciam nas práticas alimentares

Os fatores que exercem influência sobre as práticas alimentares foram na visão dos pais/cuidadores, a mídia, dispositivos móveis, escola, condições financeiras e tendência inata, como apresentado na figura 10.

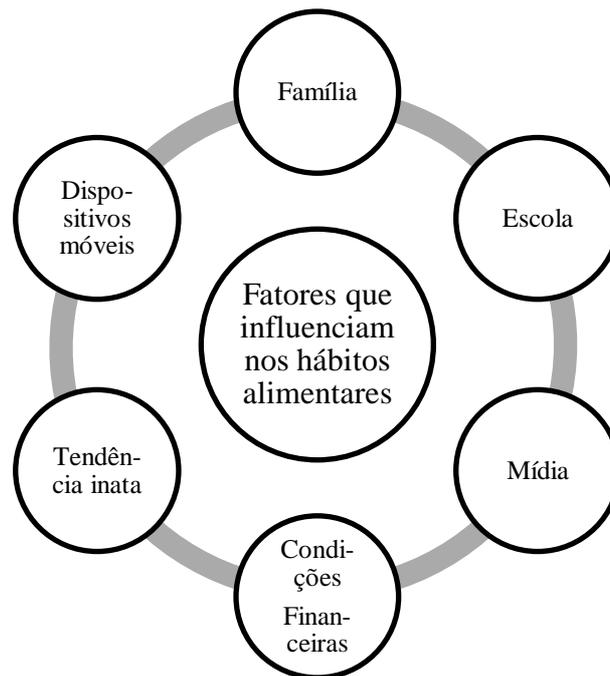


FIGURA 10 – FATORES QUE INFLUENCIAM NOS HÁBITOS ALIMENTARES DAS CRIANÇAS, SOB A PERSPECTIVA DOS PAIS/RESPONSÁVEIS
FONTE: O autor (2017)

Nas falas dos pais/responsáveis, a família e a escola são os principais fatores que participam da formação de hábitos alimentares das crianças pré-escolares. A presença e atuação da escola foi destacada como um fator no processo de educação em saúde. Já a participante M4 faz alusão à repetição de padrões familiares, ao passo que a criança reproduz o comportamento familiar através da observação e imitação.

P1 - A gente e agora o colégio que ta ai né. [...]

M2 - É a família mesmo.

M4 - Ela me vê né, eu fazendo né ai ela faz né...

Outras falas reforçam o comportamento dos pais com a dieta de suas crianças, como no relato abaixo onde a criança apresenta resistência para se alimentar bem, e os responsáveis precisam adotar uma postura de barganha e sobreposição em relação à criança.

P8 - só comer pelejando, dá um trabalho [...] a gente tem que obrigar a fazer isso, fazer aquilo [...] mas pra comer fica assim, só se for “apulso”.

Houve também a compreensão de que as escolhas alimentares da criança possuem tendência inata, quando a criança já teria uma predisposição para alimentar-se de determinada forma.

M5 - Acho que é dele mesmo né.

A televisão, dispositivos móveis e acesso à internet também surgem como fatores interferentes na alimentação, apresentando-se como elemento de distração das crianças no momento das refeições, assim como no incentivo ao consumo de alguns alimentos.

M12 – Assim a televisão; na hora que ele tá assistindo à televisão ele não come. Para ele comer eu tenho que desligar a televisão.

M15- Acho que tudo. Por exemplo ela ver um chocolate na televisão ai fica pedindo pra comprar.

A7 - Ela tem um tabletzinho, ai ela fica muito na internet, fica muito no jogo. Chego em casa agora ai na internet. Mas eu mandei cortar a internet de casa já por causa disso [...] Às vezes ela esquece até de comer por causa da internet.

A televisão e mídias digitais são citadas também em contraponto ao exposto anteriormente, no sentido de que são relatadas como instrumento de educação em saúde, quando em seus conteúdos, orientam em relação à alimentação saudável.

A7 – [...] pra ela a gente ver muito na televisão, tem muita reportagem sobre isso. Uma fruta, uma verdura.

M9 – [...] a televisão ensina muita coisa. Na televisão a pessoa vê cada coisa. Hoje ele mesmo entrou e viu a menina comendo uns matinho, acho que brócolis, e pediu pra eu comprar... quando o menino comeu não gosto, só fiz gastar dez reais, que não comeu foi nada.

Outra questão apresentada pelos pais/responsáveis na alimentação saudável, foi a condição financeira desfavorável dos participantes, geralmente relacionada ao desemprego.

M2 - O pai dela é desempregado, vive, tem diabetes e com dor, eu com o auxílio da família é 123 reais pra sustentar ela e os irmãos dela. Ai fica meio difícil... Ai dificulta essa questão financeira.

M4 - Influencia também. Eu digo assim, porque se eu tivesse num trabalho melhorava mais pra ela né.

P8 - A questão disso (financeira) também influencia muito né, na geladeira tem uma fruta, num tem, porque a gente num tem o dinheiro... ai vai compra os lanches da menina, mas acaba e a gente não tem o dinheiro pra repor [...].

Atrelado a isso existe a insatisfação dos participantes em relação às condições de vida, gerando sentimento de tristeza e impotência, frente a dificuldade de acesso a uma alimentação saudável, tempo excessivo dos filhos na escola e condições financeiras precárias.

M2 - Eu gostaria de alimentar ela diferente. Porque a financeira mesmo não dá não [...].

M4 - Gostaria que fosse diferente né, se eu tivesse condições ela não passava assim né, tanto tempo na escola. A pessoa trabalhando já é outra coisa né.

M10 - Eu queria (alimentar ela diferente). Como mãe eu sei que a alimentação, por mais que eu tente, eu quero dar o melhor; mas cadê o dinheiro?

A11 – [...] até às vezes eu fico triste porque não tenho condições de alimentar ela bem como ela merecia. Como tem que ser né?

Nas evidências coletadas junto às crianças, a família aparece como importante ator social durante as práticas alimentares, tanto na permissão quanto na restrição de determinados tipos de alimentos.

C3F - Eu adoro picolé, mas minha mãe não deixa eu comer porque é gelado.

C1M - Batatinha. Outro dia minha mãe “fazeu” e eu comi num pratinho. Minha mãe é uma cozinheira e ela “fazeu” isso.

C12F - Minha mãe faz torta de chocolate para mim. É tão gostoso...

Nas falas acima destaca-se a mãe como influenciadora da formação de hábitos alimentares, porém o pai também assume esse papel nas falas de algumas crianças.

C15F - Painho disse que ia comprar uma pizza pra mim. Eu quero uma bem grandona. [...] Esse é bom (Água de coco). Eu tomo que meu pai vende.

A influência cultural da família na formação de hábitos alimentares foi ressaltada por uma das crianças, ao expressar que as preferências do pai podem repercutir no estímulo e consumo por parte da criança.

C13M – Eu gosto de coca [...]. Faz (bem) né tia. Meu pai disse que coca era remédio.

4.3.6 Alimentação saudável da criança na escola: desafios e possibilidades

Em relação à alimentação escolar, os pais relatam uma dieta baseada em frutas e verduras durante a merenda, e versam ainda sobre os lanches caseiros baseados principalmente em carboidratos e alimentos industrializados, provenientes das escolhas familiares.

Durante a etapa de observação, foi possível perceber a presença de frutas, verduras e legumes na merenda escolar. Porém, apesar da escola oferecer as merenda, algumas crianças costumavam levar lanches enviados pelos pais, que geralmente era composto de biscoitos, sucos industrializados e refrigerantes, como relatado no tópico de descrição do diário de campo.

A7 - Já aqui ela come bem, verdura, fruta. Na merenda.

M15 - Ela trazia um biscoito, uma bolacha, suco. Tentei colocar umas coisas melhores, frutas e tal. Mas estragava e ela não comia. Ela quer mais besteira.

P6 - Traz, ela traz o biscoitinho e um suquinho. Aquele do Bob Esponja.

M2 - Traz. Ela traz biscoito, danone, guaraná...

A escola surge ainda como orientadora em saúde, exercendo um papel de educação em saúde dentro do contexto familiar, como exemplificam os relatos.

A11 - A escola influencia uma alimentação boa porque a gente tem orientação do que não dar. Que venha uma alimentação para eles. Eles contam em casa que é para comer uma fruta [...].

A escola tem menos destaque nas falas das crianças. As crianças parecem não distinguir a sua alimentação familiar com a alimentação escolar. Porém algumas falas se destacam pela presença do consumo de frutas, e pela rejeição de alguns alimentos que são servidos na merenda, como o exemplo citado do “mungunzá”.

C9F - Ontem eu comi (melancia).

C7F - Eu não como na escola não, que eu não gosto (mungunzá).

4.4 Saberes e práticas relacionadas aos hábitos de atividade física e sedentarismo

4.4.1 Brincadeiras preferidas pelas crianças

Durante a primeira etapa da coleta de evidências junto aos grupos de crianças, as mesmas foram solicitadas a desenhar as atividades que gostam de fazer em casa ou na escola. As crianças demonstraram e relataram preferências por brincar de boneca (Figura 11), ir à praia (Figura 12), assistir televisão (Figura 13) e jogar no tablete (Figura 14).

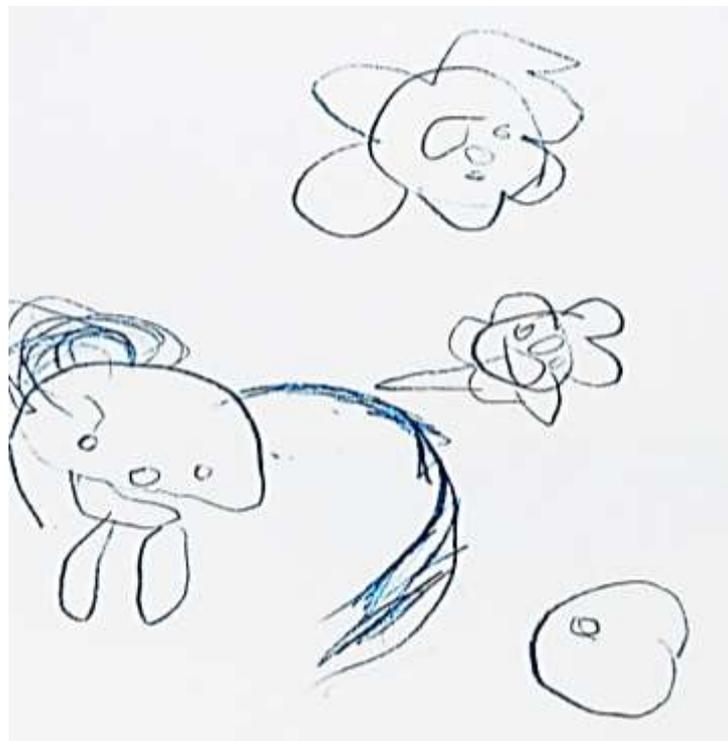


FIGURA 11 – PREFERÊNCIA DA CRIANÇA C8M POR BRINCAR DE BONECA
FONTE: Dados da pesquisa (2017)



FIGURA 12 – PREFERÊNCIA DA CRIANÇA C1M POR IR À PRAIA
FONTE: Dados desta pesquisa (2017)



FIGURA 13 – PREFERÊNCIA DA CRIANÇA C5F POR ASSISTIR TELEVISÃO
FONTE: Dados desta pesquisa (2017)



FIGURA 14 – PREFERÊNCIA DA CRIANÇA C8M POR JOGAR NO *TABLET*
 FONTE: Dados desta pesquisa (2017)

Sobre as preferências de atividades realizadas por seus filhos no tempo livre, as falas dos responsáveis destacam a presença de brincadeiras como boneca, jogar bola e pintar, além da presença da televisão como parte do entretenimento das crianças.

M2 - Brinca bastante, sozinha com os brinquedo dela.

M4 - Brinca, assiste TV, ela gosta muito de assistir aquela novela... carinha de anjo. E ela gosta muito de desenhar também visse, pintar... ela adora. [...] De jogar bola, de brincar de boneca...

P8 - Brincar, ela não gosta tanto de brincar, ela assiste televisão... assistir é com ela mesmo

M9 - Ah... jogar bola. Adora bola. Quando chegar em casa mesmo, vai lá pro canto jogar bola.

Foram identificadas semelhanças nas falas dos pais e das crianças, uma vez que os pré-escolares descrevem preferências por atividades como brincar de boneca, assistir televisão, e brincadeiras de bola. A figura 15 ilustra os principais tipos de atividades relatados pelas crianças e seus pais/responsáveis.

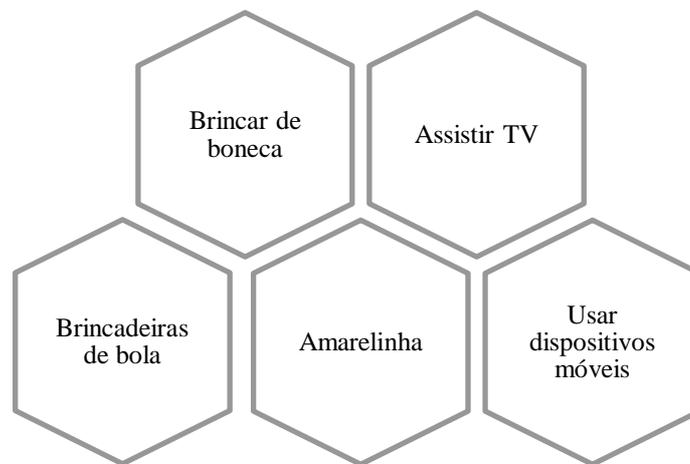


FIGURA 15 – PRINCIPAIS ATIVIDADES REALIZADAS PELAS CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES
 FONTE: O autor (2017).

Observa-se, entre as crianças, preferências por brincadeiras com menor gasto energético, como brincar de boneca e assistir televisão e utilizar dispositivos móveis. A ação de dormir também esteve presente entre os relatos das crianças. Portanto, destaca-se a presença de hábitos sedentários e de atividades de lazer com pouco gasto energético.

C8M - Eu gosto de brincar com minha boneca pequena e outra grande. [...]Eu gosto de dormir.

C5F - Brincar de boneca. Eu brinco com minha irmã. [...] Eu assisto em casa a Moranguinho.

C6M - Eu gosto de assistir Patrulha Canina.

C12F - Eu gosto de dormir. Mas eu gosto de desenhar também. E de ir pra praça também.

C16M - Eu tenho um tablet em casa [...] eu jogo nele.

Já brincadeiras de bola, amarelinha e pegar-pegou foram as brincadeiras que surgiram, das quais denotam maior gasto energético.

C1M - Eu gosto disso (amarelinha) [...] Eu gosto de brincar de pegar pegou.

C12F - Eu gosto de dançar também, tia. Mas eu gosto de amarelinha mais.

C1M - Eu brinco em casa com minha mãe, de bola.

C6M - De futeboool.

Não foi observado entre os discursos a realização, por parte das crianças, de atividade físicas planejadas como aulas de educação física ou prática de alguma prática esportiva. As atividades de maior gasto energético se restringiram às brincadeiras populares de bola e corridas, como pegar-pegou. Através da observação, como descrito no tópico de descrição do diário de campo, não foram visualizadas atividades programadas para as crianças, as quais eram livres para realização de atividades no período do recreio. Foram observadas brincadeiras no *playground*, de escorregar, jogar pneus um para o outro, e jogar em *laptops*.

4.4.2 Utilização de espaços públicos

A disponibilidade de lugares públicos no desenvolvimento de hábitos de atividade física foi destacada pelos participantes (pais/responsáveis e crianças), uma vez que, na fala dos pais, há preferência da criança por brincar em espaços abertos. A influência da família também é verbalizada, pois a criança na fase pré-escolar necessita da presença e supervisão do adulto para frequentar lugares públicos.

M9 – Tem (lugar público perto da residência). E eles gostam mais de ir... jogar bola, e fica lá com os meninos [...].

Destaca-se a importância de lugares públicos como incentivo à realização de atividade física. Percebe-se que a disponibilidade de espaços públicos ao ar livre favorece as atividades de lazer da criança e estimula brincadeiras e jogos envolvendo atividade com menor e maior gasto energético.

P3 - Tem aqui a praça da várzea. Ela adora tá aqui na praça, é no pula pula, naquele escorrego, balanço...

M12 - Tem. Até porque eu moro aqui perto, aí eu tô sempre aqui nessa praça daqui.

Nas falas das crianças a presença dos espaços públicos foi também ressaltada.

C7F - Eu também quero ir pro parquinho [...] Eu gosto de brincar de balanço.

C11F - Tem um balanço lá perto de casa. Eu brinco nele quando meu pai me leva.

4.4.3 Formação de hábitos de atividade física

A influência dos pais ou responsáveis enquanto estimuladores da prática de atividade física foi evidenciada nas falas de pais/responsáveis e pelas crianças. Os discursos apontam para o pai quando o mesmo incentiva o filho a jogar bola ou andar de bicicleta, ou quando leva a criança ao parque, onde a mesma anda de skate.

PI - [...] as vezes quando to com ele a gente joga uma bolinha, anda de bicicleta, todo dia ele quer ir.

C1M - Meu pai me leva para o parque do skate [...] Eu ando de skate.

4.4.4 Interferência da violência para a prática de atividade física

A violência também surgiu como questão que interfere na prática de atividade física, uma vez que impossibilita brincadeiras e jogos ao ar livre. Em contraponto, alguns pais relatam que a violência não parece interferir negativamente no lazer das crianças

M2 - Dificulta bastante (o lazer fora de casa). Não é tranquilo não onde eu moro. Onde eu moro é dificuldade pra tudo mesmo, até para os meninos brincar assim na rua, porque tanto faz ta bom, como pegar fogo. Que é muita (gesto de pessoa fumando). Ai pra evitar eu prefiro deixar em casa mesmo, porque qualquer coisa ta dentro de casa né...

P6 - A violência, eu tenho medo a violência está demais. Interfere para pior.

P3 - Violência ta a toda hora né, mas também não é por isso né... a gente escolhe um horário mais tranquilo pra ir pra rua ne, porque também a criança num vai ta trancada dentro de casa. Tem que ter cuidado e ficar atento ne, mas eu sempre saio, eu gosto, ela gosta de tá...

A violência demonstrou-se bem presentes nos relatos dos responsáveis, quando questionados a respeito do papel da violência no contexto da atividade física e do brincar de seus filhos. Outra questão colocada, foi a falta de confiança em outras crianças para brincarem com seus filhos.

A7 - Não. Eu não gosto não. É porque onde eu moro é um bairro muito perigoso. Ai eu não deixo sair de casa de jeito nenhum.

P8 - Era, agora a gente não deixa mais muito não, porque o negócio ai ta meio quente, ai a gente não ta deixando mais não, mas ela brincava muito na rua... porque tem que ter cuidado né, a gente não sabe quando vai acontecer né.

M6 - Deixo não. Brincar com outras crianças porque a pessoa é malvada. Quando ela ta comigo eu sou responsável ai...

4.4.5 Conhecimentos relacionados aos hábitos de atividade física

As crianças participantes foram questionadas quanto a relação do saudável com as brincadeiras que promoviam maior e menor gasto energético. Pode-se perceber que atividades como andar de bicicleta, lutas e natação são percebidas por eles como atividades saudáveis.

C16M - Bicicleta. Ela é pesada. Tem que ter força pra levantar ela.

C2F - Esse (desenho de luta – judô) [...] Porque briga. [...] Isso (Natação) [...] Porque mergulha.

É importante notar que as crianças associam também o saudável a atividades como assistir televisão e utilizar dispositivos móveis, destacando a tecnologia como relacionado à saúde sob a perspectiva das crianças.

C14F - Essa aqui. (Televisão). [...] Deixa sim (forte). A gente aprende a ficar forte com ela. [...] E eu tenho um computador [...] Deixa tia (forte). A gente fica inteligente jogando.

C1M - Jogar no tablet... [...] Porque joga.

5 DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica das crianças e famílias que compuseram a amostra, foi composta em sua maioria, por mães e crianças do sexo feminino. A maior parte dos participantes eram casados, com uma renda familiar baixa, em geral de um salário mínimo ou menos, e com baixo nível de escolaridade, em torno de cinco a nove anos de estudo.

Os participantes do estudo tinham suas residências próximas à localização da escola que foi cenário desta pesquisa, constituindo um fator relevante para assegurar a acessibilidade de crianças provenientes de famílias com baixo poder aquisitivo. A proximidade da escola com a comunidade torna-se valorosa para o desenvolvimento de atividades intersetoriais envolvendo a educação e a saúde, e assim potencializa as possibilidades de um crescimento e desenvolvimento integral das crianças e seus familiares.

É importante considerar que área do entorno da escola caracteriza-se por uma região de vulnerabilidade sociodemográfica, com fragilidades econômicas, de saneamento básico e de precariedades na segurança e educação. Nesse contexto, sabe-se que a vulnerabilidade social representa um fator de impacto na ocorrência de doenças, uma vez que a falta de conhecimento e dificuldade de acesso a serviços de saúde e educação são determinantes sociais que acarretam a exposição a riscos que causam prejuízos à saúde do indivíduo (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Silva e colaboradores (2014) buscaram compreender os impactos na vulnerabilidade social na saúde, segundo a visão de adolescentes, em um estudo realizado em bairros periféricos de um município do estado de São Paulo, Brasil. Os autores apontaram que a baixa renda familiar e pouco acesso ao conhecimento e educação foram os principais aspectos de vulnerabilidade que surgiram nos discursos dos adolescentes. Os participantes desse estudo destacam que esses fatores aumentam as fragilidades da comunidade e das famílias, implicando no maior surgimento de doenças, e que a garantia de políticas e serviços sociais que interfiram nos fatores citados tem repercussão positiva na redução das iniquidades sociais e consequentemente na promoção da saúde.

Considerando esses aspectos, a PNPS tem como alguns de seus princípios, a intersetorialidade, a intrasetorialidade e integralidade, visando estimular a articulação entre diversos setores para “ampliar a atuação sobre os determinantes e condicionantes da saúde” (BRASIL, 2014a, p.10) e “reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais” (BRASIL, 2014a, p.13).

De acordo com o relato dos participantes desse estudo, as crianças pré-escolares, em sua maioria, foram amamentadas até pelo menos os dois anos de idade ou mais. O discurso de um participante também demonstrou o conhecimento de que a efetividade do leite materno é limitada após os três anos de idade.

O Ministério da Saúde, em acordo com a Organização Mundial da Saúde, orienta o aleitamento materno até os dois anos ou mais, sendo os seis primeiros meses do aleitamento fornecido de forma exclusiva, e os demais meses oferecido à criança em complementação à dieta. O leite materno continua ofertando nutrientes importantes à criança após os seis primeiros meses, no entanto é importante complementar a alimentação da criança a partir dessa idade para assim atender às necessidades nutricionais da mesma nessa faixa etária. O processo de desmame, em geral ocorre naturalmente, e assim a criança se autodesmama entre o segundo e quarto ano de vida. Sabe-se que o aleitamento materno eficaz é importante na diminuição do risco de infecções, menor risco de desnutrição, episódios de diarreia, entre outros benefícios (BRASIL, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde, a alimentação complementar saudável inicia-se a partir dos seis meses, com a introdução de alimentos como papinhas de frutas e papinhas salgadas, em um total de três refeições diárias. Posteriormente, respeitando a maturidade da criança, deve-se inserir paulatinamente os diversos alimentos da família. É importante priorizar a introdução de alimentos regionais, legumes, verduras, frutas, carnes, ovos e feijões (BRASIL, 2015).

Nos relatos dos pais e responsáveis desse estudo houve a percepção de que o leite materno poderia influenciar negativamente nos hábitos alimentares futuros da criança, estimulando a rejeição de alimentos derivados do leite. Portanto, é importante que se reconheça a necessidade de intervenções em educação em saúde, no sentido do aconselhamento e esclarecimento de informações acerca da amamentação exclusiva e de como o aleitamento materno pode influenciar na alimentação ao longo da vida da criança.

Ainda não há evidências suficientes que corroborem a relação dos hábitos alimentares nas crianças que se alimentaram com leite materno, porém um estudo realizado em 2017 com crianças de dois a seis anos de idade, na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, esclarece que o aleitamento materno pode proteger a criança contra o comportamento de uma alimentação seletiva na infância, uma vez que o lactente vivenciou a experiência da amamentação, o mesmo reconhecerá os sabores dos alimentos consumidos pela mãe, favorecendo o consumo (MARANHÃO et al., 2017). No entanto, atualmente, o que se discute prioritariamente, é a

influência ambiental e cultural na formação desses hábitos, como por exemplo, a postura dos pais no momento da transição alimentar (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, é sabido que a forma como os pais interagem com seus filhos na introdução alimentar pode repercutir na alimentação da criança ao longo da vida. Essa integração pai/filho pode ser classificada de duas formas: responsiva e não responsiva. O primeiro vem sendo associado a maior estimulação de autonomia da criança e melhor formação de hábitos alimentares, uma vez que os pais são sensíveis e receptivos à interação com a criança em relação ao alimento. Já na forma não responsiva, não há a percepção dos pais em relação à alimentação de seu filho, caracterizando uma postura parental controladora ou totalmente passiva na construção dos hábitos alimentares dos mesmos (SILVA; COSTA; GIUGLIANE, 2016).

A regularidade do acompanhamento por profissionais de saúde no momento de transição alimentar foi destacado por uma participante. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) reforça o acompanhamento da criança no âmbito do Sistema Único de Saúde através, principalmente, da Atenção Básica de Saúde. Nesse sentido, é de competência dos profissionais da rede de atenção básica acompanhar o período de transição alimentar e alimentação complementar das crianças, baseando-se pela estratégia de Dez Passos Para Alimentação Saudável (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015).

No entanto, apesar de a Estratégia de Saúde da Família ser considerada como um lugar ideal para realização de intervenções na alimentação infantil, há ainda alguns pontos de fragilidades. A rotatividade profissional, devido ao frágil vínculo empregatício, prejudica a continuidade do cuidado e das ações realizadas em comunidade. A sobrecarga de enfermeiros nas unidades básicas de saúde e a falta de realização de educação permanente com os profissionais é apontada como um fator que dificulta o engajamento em planejar e executar ações de promoção à saúde, nesse caso, voltadas à alimentação infantil saudável (EINLOFT; COTTA; ARAÚJO, 2018).

Na coleta de evidências junto aos pais e às crianças, demonstra-se a predileção das crianças pré-escolares pelas frutas, carboidratos, grãos e proteínas. Observa-se também um destaque quanto à presença, nos discursos, da dieta com alimentos industrializados, e do baixo consumo de verduras e legumes.

Ao investigar a qualidade alimentar de crianças entre dois e cinco anos da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, identificou-se prevalência significativa da ingestão de frutas, no qual 86% das crianças analisadas atingiram a recomendação preconizada de duas porções de frutas para os meninos, e uma porção de fruta para as meninas. Esses dados

corroboram com os achados desta pesquisa, na qual os participantes afirmam que seus filhos, entre outros alimentos, tem a fruta inserida em seu padrão alimentar (LEAL et al., 2015). É possível associar o padrão de consumo de frutas e verduras com o nível de escolaridade materna, pois as mesmas, em geral, passam mais tempo em contato direto com o filho quando comparado aos pais. Um maior nível de escolaridade tende a demonstrar maior preferência pela inclusão de frutas na alimentação familiar, e nesse caso, das crianças (MOREIRA et al., 2010).

Nesse contexto, a educação materna e o empoderamento da mesma pode ser um alvo de intervenções de promoção da saúde e alimentação saudável realizadas pelas equipes de saúde da atenção básica, uma vez que a mãe, como já citado, mantém geralmente maior tempo de contato direto com seus filhos, além de ser, na maioria dos lares, a responsável pela aquisição dos alimentos e preparo dos mesmos (EINLOFT; COTTA; ARAÚJO, 2018).

Os participantes dessa pesquisa referiram que seus filhos comem frutas, porém relatam pouco consumo de verduras, o que corrobora com levantamento realizado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, na qual demonstra-se também o baixo consumo de verduras na idade pré-escolar, fato que pode ser justificado pela influência do comportamento familiar, uma vez que os adultos, em sua maioria, não consomem quantidade satisfatória de verduras nas refeições, refletindo no padrão alimentar de seus filhos. Com isso, as crianças provavelmente não recebem o aporte necessário de micronutrientes, importante por exemplo para o fortalecimento do sistema imunológico (ALVES; MUNIZ; VIEIRA, 2013).

O consumo de carboidratos, cereais e proteínas também esteve presente na alimentação das crianças participantes. Quando avaliada a alimentação de crianças de uma creche da cidade de São Paulo, Brasil, verificou-se que as crianças possuíam alto consumo de carboidratos e proteínas, em quantidades excedentes ao recomendado para a idade (FREIBERG et al., 2012). Nesse sentido, é importante considerar a vulnerabilidade das famílias, uma vez que a variedade alimentar está diretamente relacionada com as questões sociais e econômicas (BORTOLINI et al., 2015).

Uma dieta rica em alimentos industrializados e guloseimas por parte das crianças, tem sido frequente em estudos que abordam essa problemática, demonstrando um aumento no consumo desses alimentos, em faixas etárias cada vez mais precoces. É importante atentar para o consumo desses alimentos na infância, uma vez que propicia a diminuição no consumo de outros alimentos, como leite, frutas ou sucos da fruta, por serem altamente calóricos, e adoçados. Além disso, os alimentos industrializados têm demonstrado forte associação com o desenvolvimento de excesso de peso e fatores de risco para doenças crônicas como hipertensão, dislipidemias e obesidade, uma vez que os mesmos possuem um alto teor de sódio

e gorduras saturadas (NOBRE; LAMOUNIER; FRANCESCHINE, 2012; SPARRENBURGER et al., 2015).

A presença de uma dieta rica em alimentos industrializados têm se apresentado predominante entre as crianças do sexo masculino, pois os mesmos têm manifestado uma maior propensão por esse tipo de alimento, consumindo mais batatas fritas, carnes processadas e macarrão (MOREIRA et al., 2010). As evidências da presente pesquisa corroboram também com os achados de estudos que avaliaram o consumo de bebidas açucaradas por crianças, uma vez que as crianças investigadas apresentam o aumento do consumo de bebidas açucaradas, podendo-se relacionar com a situação de vulnerabilidade econômica das famílias, e menor nível de escolaridade (MELLO; BARROS; DE MORAIS, 2016; VEGA; POBLACION; TADDEI, 2015).

Nessa perspectiva, é importante considerar a necessidade de implementação de políticas públicas e ações de educação em saúde direcionadas às comunidades em situação de vulnerabilidade, com a intenção de considerar os múltiplos determinantes que influenciam nos hábitos alimentares das crianças, para a construção de alternativas compartilhadas entre profissionais de saúde, educadores e famílias.

Na realidade estudada, os pais ou responsáveis, em sua maioria, reconheceram as frutas, verduras e cereais como alimentos saudáveis, bem como identificaram os alimentos industrializados como não sendo saudáveis. Os mesmos também relacionaram uma alimentação saudável com o fortalecimento imunológico, e conseqüentemente menor adoecimento.

Nesse sentido, os participantes da presente pesquisa demonstram um bom nível de informação em relação à alimentação, o que vai de encontro os achados predominantes na literatura. Quando avaliadas quanto ao conhecimento relacionado à alimentação saudável, as mães participantes de um estudo no município de São Paulo, Brasil demonstraram baixo índice de conhecimento, o qual demonstrou mudança significativa, quando as mesmas foram submetidas à palestras e ações educativas voltadas para essa temática (CRISPIM; BRACCO; TADDEI, 2010).

Apesar das mulheres envolvidas na pesquisa citada acima serem de classes sociais e condições financeiras semelhantes às do nosso estudo, a discrepância entre os resultados pode ser justificada pela ação intensiva da escola com relação à alimentação saudável das crianças pré-escolares, e realização frequente de ações educativas voltadas para os pais com temáticas relacionadas à alimentação saudável, como descrito acima nos resultados do diário de campo.

Já as crianças pré-escolares, quando investigadas sobre os alimentos saudáveis, pareceram associar os alimentos saborosos com o fato de serem saudáveis, bem como associaram os alimentos de sabor desagradável como sendo não saudáveis.

Com isso, nota-se uma discrepância nos critérios de escolha, por parte da criança e dos pais, dos alimentos a serem consumidos. Sabe-se que as crianças, como já citado, consideram prioritariamente o sabor no momento da seleção do alimento para consumo. Já os pais parecem considerar inicialmente, os preços dos alimentos no momento da compra do alimento de consumo (BENTO; ESTEVES; FRANÇA, 2015). Portanto, destaca-se a necessidade de envolvimento dos pais e seus filhos em intervenções de educação em saúde, com o intuito de informar sobre a função dos alimentos, seus valores nutricionais e relação da alimentação com a promoção da saúde, esclarecendo para as crianças que o alimento vai além do seu sabor, e auxiliando os pais na escolha de alimentos possíveis para o orçamento familiar e que sejam apropriados para uma boa alimentação.

Céspedes e colaboradores (2013) apontam resultados com mudanças positivas de conhecimentos, atitudes e hábitos de crianças pré-escolares após a implementação de uma ação educativa com a temática de práticas alimentares. No entanto, ao realizarem novo estudo alguns anos depois, perceberam resultados ainda mais significativos quando envolveram a participação dos pais e professores, junto às crianças, quando eram desenvolvidas as ações de educação em saúde (CÉSPEDES, 2015; CÉSPEDES et al., 2013).

Quanto aos fatores que podem influenciar na alimentação dos pré-escolares, tanto as crianças quanto seus pais ou responsáveis demonstraram que a família é o principal influenciador na formação de hábitos saudáveis. No discurso dos participantes desse estudo também foram identificadas a influência cultural na escolha de alimentos a serem consumidos.

Nesse sentido, identifica-se como os determinantes sociais de saúde influenciam na formação de hábitos saudáveis dos indivíduos, nesse caso da família e conseqüentemente das crianças pré-escolares. Buss e Pellegrini Filho (2007) ao descrever um modelo de Dahlgren e Whitehead sobre os Determinantes Sociais, destaca as condições culturais como um fator primordial na influência sobre o comportamento e estilo de vida saudáveis.

Pode-se dizer, portanto, que as crenças culturais, por sua vez, interferem nas concepções individuais e comunitárias relacionadas à formação de hábitos saudáveis. Por isso, vale salientar o papel dos profissionais de saúde, educação e famílias na educação em saúde, compartilhando diálogos que considerem as crenças culturais nas escolhas alimentares.

Estudos têm demonstrado que a alimentação das crianças pré-escolares sofre influência direta da prática alimentar dos pais, e da preocupação que os mesmos possuem com

a preferência ou não de alimentos saudáveis (APARÍCIO et al., 2011; EK et al., 2016). Isso nos leva a crer que a família é, de fato, um ator que influencia diretamente na formação dos hábitos alimentares das crianças.

Nesse sentido, é importante refletir em relação a postura dos pais no tocante a alimentação de seus filhos, considerando que são eles que possuem maior autoridade de decisão sobre a criança. O comportamento dos pais no papel da educação alimentar tem relação com a experiência da criança quanto aos alimentos, influenciando em suas preferências alimentares. Acredita-se que práticas coercitivas durante o processo alimentar, ou utilizar os alimentos como instrumento de recompensa, não são posturas ideais a serem adotadas pelos pais. Ainda não há consenso na literatura sobre o controle da alimentação ser realizado pela própria criança (SILVA; COSTA; GIUGLIANE, 2016).

Portanto, faz-se necessário a realização de pesquisas que investiguem mais profundamente o fenômeno do comportamento alimentar na infância, bem como esclarecer qual estilo de prática parental seria mais positivo no processo de formação de hábitos alimentares da criança. Ressalta-se também a importância de envolver as crianças, o mais precocemente possível, em atividades que informem e construam o conhecimento não apenas a respeito das escolhas dos alimentos e as possíveis implicações dessas escolhas, mas é preciso desenvolver a reflexão das crianças para a importância de incorporar hábitos alimentares saudáveis, sendo a escola um ambiente favorável para essas práticas educativas.

Não há como pensar na família como ator no processo de formação dos hábitos alimentares das crianças pré-escolares e não refletir sobre as condições socioeconômicas e culturais a que estes estão submetidos. A falta de informação e dificuldades financeiras têm se demonstrado como fatores negativos na alimentação familiar e das crianças (PAULA et al., 2014). Os resultados desse estudo apontam, segundo os discursos dos pais, para a dificuldade em relação às condições financeiras das famílias como um fator negativo na adoção de uma alimentação saudável, o que corrobora com um estudo realizado Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, uma vez que identifica que as principais dificuldades para uma alimentação saudável seria as condições financeiras precárias e a falta de tempo para preparar esse tipo de alimento (BENTO; ESTEVES; FRANÇA, 2015).

As condições socioeconômicas, e condições de vida e trabalho são dispostos como determinantes sociais da saúde, e fatores que interferem diretamente no estilo de vida dos indivíduos e da comunidade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Nesse contexto, os Determinantes Sociais de Saúde fazem parte dos temas transversais da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a qual visa, a partir disso, identificar as diferenças

socioeconômicas e propor formas para amenizar ou evitar as desigualdades sociais (BRASIL, 2014a).

A escola também surgiu, no discurso dos pais, como um importante ator na formação dos hábitos alimentares dos pré-escolares. Seguindo os Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas, a instituição na qual as crianças eram matriculadas ofertava refeições com o incremento constante de frutas, verduras e legumes, além de evitar a oferta e estímulo ao consumo de alimentos ricos em gorduras, açúcares e sal. Era prática da escola também, realizar ações educativas em saúde, englobando temáticas relacionadas à educação alimentar junto aos pais e crianças, segundo também as orientações desse Programa (BRASIL, 2008).

No entanto, contraditoriamente, como já exposto na descrição do diário de campo, a escola apresentava em sala de aula, imagens de alimentos industrializados e considerados não saudáveis, as quais eram usadas com fins de associação entre a imagem e a letra do alfabeto, potencializando a aprendizagem das crianças a respeito do mesmo. Porém, essa relação entre imagens e as letras do alfabeto poderia ser associadas a outros objetos ou alimentos, como frutas e verduras, por exemplo, com o objetivo de familiarizar a criança com os alimentos saudáveis. Nota-se portanto, um discurso educativo da escola fomentando boas práticas alimentares para os pré-escolares, entretanto no cotidiano de aprendizagem escolar ainda percebe-se a difusão de mensagens contrárias à esta.

O surgimento da escola como destaque no discursos dos participantes, como ator na promoção de hábitos alimentares saudáveis, evidencia o proposto pela PNPS, quando a mesma adota sobre a intersetorialidade como um de seus princípios, e quando propõe, como um dos eixos operacionais, a articulação intersetorial, ações de educação e disseminação de conhecimentos (BRASIL, 2014a).

A escola tem se demonstrado como cenário fundamental na formação de hábitos alimentares saudáveis das crianças pré-escolares, uma vez que as mesmas passam pelo menos um turno de seus dias nas escolas, e é considerada pela Organização Mundial de Saúde como ambiente ideal para a prática de educação em saúde (BRASIL, 2002; IPPOLITO-SHEPHERD; CERQUEIRA, 2003).

Os dispositivos móveis e a televisão também se destacaram nos discursos dos pais ou responsáveis como fatores que influenciam nas escolhas alimentares dos filhos e famílias. Os pais relataram uma interferência tanto negativa como positiva. Apesar da baixa renda das famílias participantes, observa-se a presença importante da televisão e dispositivos móveis no dia a dia da criança, o que pode ser justificado pelo aumento do poder aquisitivo das famílias e

maior acesso a esses dispositivos. O uso de redes de comunicação e mídia têm se destacado na PNPS como um dos eixos operacionais, uma vez que pretende utilizar as diversas expressões comunicativas no sentido de favorecer a divulgação de ações voltadas à promoção da saúde (BRASIL, 2014a).

Contudo, o uso dos dispositivos e uma baixa escolaridade das mães tem demonstrando resultados negativos quanto ao uso destes pela criança (RODRIGUES; FIATES, 2012). Além disso, estudos apontam para a relação entre a televisão e os hábitos alimentares, concluindo que as crianças com exposição demasiada à televisão, em geral, apresentam uma alimentação pouco saudável. O excesso de tempo em exposição à televisão aumenta a probabilidade da criança ingerir guloseimas, alimentos ricos em gorduras, e uma quantidade de alimento maior que o habitual, além de estar exposta a mensagens alimentares relacionadas, em sua maioria, a alimentos pouco nutritivos (MOREIRA et al., 2010; RODRIGUES; FIATES, 2012).

No entanto, não apenas o tempo de exposição à televisão tem repercussão na alimentação das crianças. A mídia, relatada nos discursos dos pais, também apresenta influência nos hábitos alimentares das crianças, uma vez que as propagandas comercializam produtos não saudáveis, incentivando, ainda que indiretamente, o consumo dos mesmos. Além da propaganda de alimentos propriamente dita, há também o envolvimento de brindes na tentativa de facilitar e aumentar o consumo dos produtos. Esse tipo de publicidade envolve a criança mais facilmente, pois a mesma é mais vulnerável a esse tipo de influência mercadológica (VEGA; POBLACION; TADDEI, 2015).

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) publicou no Diário Oficial da União uma resolução de nº 163 de 14 de março de 2014, que dispõe sobre o uso abusivo no direcionamento da publicidade e comunicação à criança. A resolução considera abusiva toda propaganda que usa linguagem infantil, excesso de cores, músicas infantis com voz de criança, representação da criança, utilização de personagens do universo infantil ou desenhos animados, bem como a distribuição de brindes e colecionáveis com apelo ao público infantil (BRASIL, 2014b). No entanto, ainda há falta de legislação específica para esse fim, por isso percebe-se frequentemente propagandas utilizando ferramentas abusivas ao comunicar produtos infantis.

Nessa perspectiva, é importante considerar a possibilidade de conscientização dos pais ou responsáveis para a vulnerabilidade das crianças frente à publicidade e propagandas que circulam nos meios de comunicação, incentivando-os a compreender a necessidade de estimular o pensamento crítico de seus filhos em relação aos conteúdos midiáticos presentes no cotidiano dos mesmos.

No âmbito da atividade física, ao se pesquisar as brincadeiras preferidas e realizadas pelas crianças pré-escolares, os pais e as crianças concordaram, em seus discursos, que as mesmas praticavam atividades como brincar de boneca, jogar bola, pegar-pegou, andar de bicicleta, e brincar de carrinho. Os dados corroboram com os achados de um estudo realizado por Irwin e colaboradores (2005), o qual demonstra também a prevalência de brincadeiras de bola, esconde-esconde, e andar de bicicleta.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o termo “atividade física” pode ser compreendido por qualquer prática que requeira a movimentação de músculos esqueléticos com gasto de energia. Algumas atividades de lazer podem ser consideradas como atividade física, desde que obedeça o princípio do gasto energético. Quando se trata de atividade física, é preciso diferenciar o conceito deste com a definição de exercício físico, a qual é descrita como uma atividade programada, repetitiva e estruturada, que tem a finalidade de aperfeiçoar o condicionamento físico.

Na idade pré-escolar, a qual corresponde à faixa etária das crianças desse estudo, o ato de brincar é compreendido como uma atividade física que envolve variados níveis de gasto energético. Quando há presença de alguma atividade programada, como a prática de esportes por exemplo, pode-se dizer que há o envolvimento com um exercício físico. No entanto, quando o gasto de energia é muito baixo, considera-se que há uma inatividade física, a qual pode ser caracterizada por atividades ditas sedentárias como assistir televisão e jogar jogos eletrônicos (WORLD HEALTH INTERNATIONAL, 2014).

Esse estudo demonstrou uma propensão das crianças por atividades sedentárias, como assistir televisão e jogar em dispositivos móveis. Esses dados corroboram com outros achados, quando investigam as atividades físicas e de lazer (IRWIN et al., 2005; TIMMONS et al., 2012). Em contrapartida, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que o tempo máximo de exposição das crianças à televisão deve ser de no máximo uma hora diária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

Estudos apontam para o aumento do nível de sedentarismo em crianças excessivamente expostas a televisão ou dispositivos móveis, além de aumentar o consumo de alimentos não saudáveis, como os ricos em gorduras e açúcares, propiciando o aumento do índice de excesso de peso e doenças cardiovasculares (CHRISTOFOLETTI et al., 2016; MÜLLER et al., 2014; RODRIGUES; FIATES, 2012).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2016) recomenda, para as crianças, pelo menos uma hora diária de atividade física de moderada a vigorosa. Em estudo realizado em Olinda, Pernambuco, Brasil, visando investigar o nível de atividade física de pré-escolares, encontrou-

se que essas crianças, em sua maioria, possuem baixo nível de atividade física (BARROS; LOPES; BARROS, 2012). Embora o presente estudo não tenha realizado medidas quantitativas para avaliar o nível de atividade física, nota-se, pelos discursos dos pais e das crianças, a predileção por atividades de baixo gasto energético, como brincar de boneca, carrinho, assistir televisão e jogar em dispositivos móveis.

Nesse sentido, é importante considerar a necessidade de implementar ações educativas que orientem e incentivem a adesão de um estilo de vida mais ativo. Destaca-se também, a relevância em investir nas políticas públicas que busquem promover a saúde e a prática de atividades físicas. Por isso a PNPS tem, como um dos temas prioritários, a abordagem de práticas corporais e atividades físicas com a promoção de ações que incentivem a melhoria de espaços públicos, incorporando às comunidades brincadeiras, jogos e danças populares que componham a cultura local (BRASIL, 2014a).

O presente estudo contou com uma participação majoritária de crianças do sexo feminino, o que pode ter influenciado na predileção de atividades culturalmente designadas para meninas. Nesse contexto, é necessário trazer a reflexão sobre a influência cultural na escolha e preferência de atividades e brincadeiras e a relação direta ou indireta com o gênero da criança. Por isso, aponta-se a necessidade de realização de estudos que investiguem a cultura do brincar, sua relação com o gênero das crianças e as implicações com o estilo de vida ativo das mesmas e possível desenvolvimento de hábitos sedentários.

Diversos fatores podem contribuir para práticas de atividades físicas, entre eles estão a família, a escola, as condições socioeconômicas e a disponibilidade de espaços públicos. Quando a criança dispõe de uma família encorajadora, envolvida nas atividades da criança e oferecendo apoio, há uma maior chance da criança ser ativa no desempenho de atividades físicas (WANG et al., 2015).

A escola pode ser um campo ideal para o encorajamento da atividade física. As crianças participantes desse estudo citaram a escola como lugar de prática de exercício físico, durante o horário do recreio. No entanto, o tempo de intervalo das crianças do presente estudo era de 20 minutos, tempo aquém do recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2016) para a realização de atividades físicas diárias.

Um estudo realizado em Recife, Pernambuco, Brasil, demonstra que os alunos de escolas que oferecem intervalos nos turnos de aulas tem índices mais baixos de sedentarismo. O fato de não haver realização de atividades físicas orientadas na escola, e de não oferecerem aula de educação física na mesma, situação encontrada tanto no estudo de Mélo e colaboradores (2013) como no presente estudo, pode ocorrer uma influência positiva nos hábitos de atividade

física das crianças, segundo estes autores, uma vez que muitas vezes as atividades programadas para crianças pré-escolares são planejadas com a finalidade de aperfeiçoar habilidades motoras finas, como brincadeiras de desenho e de pintar.

Nessa perspectiva, destaca-se a importância do PSE, o qual preconiza a ação intersetorial, unindo a rede de educação básica e a atenção básica em saúde (BRASIL, 2007). Dessa forma, os profissionais da educação e da saúde devem atuar em conjunto, com a intenção de promover o estilo de vida ativo de crianças através da integração das mesmas em ações direcionadas à realização de atividade ou exercício físico.

Vale ressaltar também a importância do engajamento desses profissionais na conscientização dos pais e responsáveis quanto às implicações de um estilo de vida sedentário, bem como de capacitar esses profissionais para trabalharem com crianças pré-escolares, uma vez que as atividades físicas nessa idade parecem ser mais atrativas quando partindo de um princípio lúdico. É necessário despertar também o empenho da gestão em articular os diversos setores públicos, para atuarem visando a promoção da saúde dos indivíduos (ROSE JÚNIOR, 2009).

Outra barreira para a realização de atividade física percebida nesse estudo foi a de que nenhuma criança participava de nenhuma atividade física estruturada, considerada como exercício físico, tal qual participar de aulas de dança, artes marciais ou grupos de atividade física para crianças. Esse fato pode ser justificado pela baixa renda das famílias participantes, já que, em geral, esse tipo de atividade demanda um custo financeiro (IRWIN et al., 2005).

Os espaços públicos disponíveis próximos à localidade de residência dos participantes do estudo se destacaram como possibilidade de realização de atividade física para as crianças, uma vez que os pais costumavam levar seus filhos para brincar em praças, quadras e espaços ao ar livre. Esses achados corroboram com outros estudos, os quais colocam esses ambientes como positivos no desenvolvimento de hábitos de atividade física (HESKETH; LAKSHMAN; VAN SLUIJS, 2017). Pitanga e colaboradores (2014) reforçam que a falta de disponibilidade de espaços públicos adequados à realização de atividade física podem desencorajar os indivíduos a desenvolverem e manterem estilos de vida ativos.

O estudo de Hesketh, Lakshman e Van Sluijs (2017) faz um contraponto para as barreiras que podem surgir para ambientes de lazer que estão fora da residência da criança, barreiras essas que são destacadas pelos autores como a necessidade de acompanhamento de um adulto, a prioridade dos pais que a criança fique em casa para estudar e realizar lições da escola, entre outros. Os autores consideram também que lugares espaçosos e com materiais

disponíveis para a criança brincar parecem ser ideais para o desenvolvimento de atividades físicas, já lugares menores com poucos recursos parecem inibir a realização das mesmas.

Outro fator que colabora negativamente para a realização de atividades físicas fora de casa, e que foi bastante citado pelos pais participantes do estudo, é a violência. Vários pais ou responsáveis participantes desse estudo relataram ter receio de permitirem que seus filhos brinquem fora de casa ou com outras pessoas da vizinhança pelo medo da violência.

Ou e colaboradores (2016) apontam que não existe uma redução no índice de prática de atividade física em lugares abertos e espaços públicos por motivo da violência. Porém, os autores fazem um contraponto, ao notarem em seus estudos que, quando conhecidos os casos de assédio sexual ou estupro, parece haver diminuição na presença de indivíduos do sexo feminino na prática de atividade física ao ar livre (OU et al., 2016). No entanto, o estudo citado acima foi realizado em uma área da cidade de Chelsea, Massachusetts, EUA, com indivíduos com 18 anos ou mais, o que não necessariamente reflete a condição de crianças pré-escolares à questão de violência.

Porém, se considerarmos que a criança nessa faixa etária geralmente está acompanhada de um responsável, e este último se sente ameaçado quanto aos aspectos da violência, a criança também poderá sofrer um reflexo dessa situação. No que se refere aos estudos investigando a interferência da violência na prática de atividades físicas de crianças pré-escolares, e da frequência desses à lugares públicos e espaços ao ar livre, há uma escassez dos mesmos na publicação científica atual, o que sugere um maior incentivo quanto à realização de pesquisas desse tipo, que busquem investigar esse fenômeno.

Pitanga e colaboradores (2014), ao estudarem indivíduos na faixa etária entre 20 e 79 anos, no município de Alagoinhas, Bahia, Brasil, apontaram que uma das condições que dificultavam a prática de atividades físicas, e que estimulavam um estilo de vida sedentário, era a falta de segurança. Nesse contexto, ao investigar situações de violência e vulnerabilidade, um estudo realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, aponta para as condições impostas pela violência, como o medo e situação de confinamento, uma vez que os indivíduos muitas vezes ficam reclusos em suas residências e se abstém do uso de espaços públicos, seja por privação por parte da família, pais ou responsáveis, seja por escolha própria do indivíduo (COCCO; LOPES, 2010).

Por fim, vários são os fatores que podem contribuir para melhoria da qualidade de vida e adoção do estilo de vida saudável e, portanto, mais ativo. Os profissionais da área de saúde devem a função de combater o sedentarismo através do estímulo à prática de atividades físicas no dia a dia de todos os indivíduos, inclusive das crianças pré-escolares, as quais se encontram

em uma faixa etária ótima para a educação corporal e conscientização relacionada ao estilo de vida saudável. No caso da criança, é importante priorizar atividades que reforcem princípios lúdicos. A gestão também é peça fundamental, uma vez que pode estabelecer a integração de diversos setores na divulgação de informações e implementação de programas que reforcem a importância do estilo de vida saudável (ROSE JÚNIOR, 2009).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho trouxe uma importante discussão acerca da temática de estilo de vida saudável, englobando hábitos alimentares e de atividade física de crianças pre-escolares, que vivem em uma área de vulnerabilidade econômica e social, e que estudam em uma escola da rede municipal de saúde do município do Recife.

A pesquisa visa contribuir com a literatura em torno do tema estilo de vida saudável, sob a perspectiva subjetiva das crianças e suas famílias, haja vista que os comportamentos adotados início da vida, quando saudáveis, podem contribuir para uma melhor qualidade e expectativa de vida, e uma menor chance de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e outras morbidades, como as doenças cardiovasculares.

Resultados positivos podem ser ressaltados, a exemplo da predominância no consumo de frutas pelas crianças; porém, foram concomitantes os comportamentos negativos como a rejeição de verduras, e o consumo de alimentos industrializados e embutidos. A associação da alimentação com a saúde também foi evidenciada, bem como a relação da alimentação com o bom desenvolvimento da criança, ausência de doenças e bem estar, sendo destaques na compreensão dos saberes dos indivíduos com relação aos hábitos alimentares saudáveis.

Alguns fatores parecem exercer influência decisiva sobre o desenvolvimento desses hábitos por parte da criança pré-escolar, dos quais destacam-se a família, a escola, a mídia, os dispositivos tecnológicos e as condições financeiras. Outro destaque nos resultados foi a associação que a criança atribui entre o alimento saboroso e o alimento saudável, e da mesma forma o contrário, quando o alimento desagradável ao paladar foi considerado, geralmente, danoso à saúde. Essas evidências demonstram as vivências dos indivíduos participantes da pesquisa com questões relacionadas ao estilo de vida em torno dos hábitos alimentares.

Torna-se importante destacar a necessidade de reforçar a implementação de programas sociais já existentes, com a intenção de promover a educação em saúde desses indivíduos, buscando esclarecer e aprimorar ainda mais os conhecimentos atualmente presentes relacionados à alimentação saudável. A efetivação das políticas e programas sociais, como a PNPS, é fundamental na perspectiva da intersetorialidade e da compreensão dos determinantes sociais da saúde, uma vez que a PNPS visa integrar variados setores na melhoria da qualidade de vida. Isto é relevante a partir do momento que diversos fatores e determinantes sociais se demonstraram nesse estudo, tal qual as condições econômicas.

A educação permanente e formação dos profissionais envolvidos nas atividades educativas em saúde também é fundamental, de forma que os mesmos sejam preparados a não

apenas informar os alimentos benéficos ou maléficos à saúde, mas que esses profissionais sejam aptos à despertar a reflexão dos indivíduos e da comunidade, no sentido de desenvolverem um pensamento crítico a respeito do próprio estilo de vida relacionado ao comportamento alimentar.

A inclusão de diversos atores no desenvolvimento de atividades educativas em saúde também é fundamental, já que o indivíduo não é o único responsável pela adoção de comportamentos que compõem o estilo de vida. Nesse caso, é relevante considerar o envolvimento das crianças pré-escolares, assim como buscar a participação ativa da família e da comunidade escolar no empoderamento e participação social, considerando saúde como bem-estar e qualidade de vida.

Quanto aos saberes dos participantes em relação aos hábitos de atividade física, os pais e responsáveis relataram a associação da atividade física com a promoção da saúde e prevenção de doenças. É possível perceber a vivência das crianças pré-escolares com as brincadeiras de boneca, bola, carrinho e bicicleta. Além dessas, destaca-se a presença de relatos quanto à jogos em dispositivos eletrônicos e a preferência por assistir televisão.

A família, dispositivos eletrônicos, disponibilidade de espaços públicos na comunidade e a violência foram fatores presentes como influenciados nos hábitos de atividade física das crianças. A família e a disponibilidade de espaços públicos se apresentaram como potencializadores desses hábitos, uma vez que os pais ou familiares que levam seus filhos aos espaços públicos ao ar livre ou brincam com seus filhos estimulam os mesmos a desenvolverem atividades mais ativas e criativas. Já a violência e dispositivos eletrônicos tiveram maior destaque quanto à contribuição negativa na formação dos hábitos de atividade física, uma vez que a violência demonstrou-se como fator negativo, ao impossibilitar momentos de lazer da criança e família ao ar livre com segurança; os dispositivos eletrônicos se apresentaram como facilitadores de um estilo de vida sedentário, ao atrair a atenção da criança e permitir uma atividade com pouco ou nenhum gasto energético.

Assim, considerando a possibilidade de um estilo de vida sedentário, é necessário que se incentivem a elaboração de intervenções educativas, por parte de programas e profissionais de saúde, no sentido de orientar as crianças quanto à importância da adesão de um estilo de vida saudável, estimulando a mesma a desenvolver uma consciência crítica quanto ao seu próprio estilo de vida. Vale salientar, que não somente o próprio indivíduo está envolvido nesse contexto, mas, como demonstra os resultados desses estudo, a família também é uma parte relevante no processo. Por isso, destaca-se a necessidade de considerar a inclusão dos pais e responsáveis no desenvolvimento dessas atividades educativas.

A implementação de políticas e programas também destaca-se como relevante, como a PNPS, na intenção de disponibilizar lugares públicos adequados para realização de atividades ao ar livre. Essa política permite a integração de diversos setores públicos, os quais, articulados, podem desenvolver mudanças na comunidade, como por exemplo, a construção desses espaços públicos, que tenham o objetivo que possibilitar o desenvolvimento de jogos e brincadeiras, favorecendo não apenas os usuários adultos ou idosos, mas englobando também as criança em idade pré-escolar.

Nesse contexto, aponta-se a importância de realização de outras pesquisas que investiguem esses fenômenos relacionados ao estilo de vida saudável, com o objetivo de enriquecer a literatura atual sobre a temática, fomentando o conhecimento científico e visando também o incremento de novas informações e descobertas que possam surgir. É necessário apoiar esse tipo de estudo, em especial as pesquisas voltadas ao público de crianças pré-escolar, considerando-se uma faixa etária excelente no aprendizado e desenvolvimento de hábitos saudável, tanto de alimentação quanto de atividades físicas.

Portanto, destaca-se a necessidade de investir no conhecimento para as crianças pré-escolares, tornando-as também o foco de intervenções de saúde, assim como seus familiares, para que estes possam estar cada vez mais empoderados quanto aos saberes em torno do estilo de vida saudável, adquirindo conscientemente vivências de hábitos alimentares e de atividade físicas promotores da saúde, conseqüentemente, prevenindo doenças crônicas e melhorando a qualidade e expectativa de vida.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M. N.; MUNIZ, L. C.; VIEIRA, M. DE F. A. Consumo alimentar entre crianças brasileiras de dois a cinco anos de idade: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3369–3378, 2013.
- ANDRADE, J. P. DE et al. National Physician Qualification Program in Cardiovascular Disease Prevention and Integral Care. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, n. 3, p. 203–211, 2013.
- APARÍCIO, G. et al. Olhar dos pais sobre o estado nutricional das crianças pré-escolares. **Millenium**, n. 40, p. 99–113, 2011.
- BARBOSA, S. C. et al. School environment, sedentary behavior and physical activity in preschool children. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 3, p. 301–308, 2016.
- BARROS, S. S. H.; LOPES, A. DA S.; BARROS, M. V. G. DE. Prevalence of low physical activity level among preschool children. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 14, n. 4, p. 390–400, 2012.
- BEAUCHAMP, G. K.; MENNELLA, J. A. Flavor Perception in Human Infants : Development and Functional Significance. **Digestion**, v. 83, n. suppl 1, p. 1–6, 2011.
- BECK, C. C. et al. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes de município do sul do Brasil: prevalência e associações com variáveis sociodemográficas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 1, p. 36–49, 2011.
- BENTO, I. C.; ESTEVES, J. M. D. M.; FRANÇA, T. E. Alimentação saudável e dificuldades para torná-la uma realidade: percepções de pais/responsáveis por pré-escolares de uma creche em Belo Horizonte/MG, Brasil. **Ciência e Saude Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2389–2400, 2015.
- BIRCH, L. L.; FISHER, J. O. Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents. **Pediatrics**, p. 488–495, 1998.
- BRÁS, A. T.; REIS, C. S. As aptidões sociais das crianças em idade pré-escolar. **Journal for Educators, Teachers and Trainers**, v. 3, p. 135–147, 2012.
- BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da União, Poder Executivo. **Brasília**, 1996.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Introdução aos Parâmetros Curriculares Nacionais**. Brasília: MEC/SEF, p. 126, 1997.

BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 533–535, 2002.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Diário Oficial da União, Poder Executivo. **Brasília**, 2007.

BRASIL. **Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas**. Ministério da Saúde / Ministério da Educação, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL [Internet]. IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <www.ibge.com.br>. Acesso em 20 jan 2018.

BRASIL. 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** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Resolução 466/2012/CNS/MS/CONEP. **Diário Oficial da União**, v. 12, p. 59, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**, Ed. 1, v. 7, Brasília, 2014.

BRASIL. Resolução CONANDA nº 163 de 13 de março de 2014. Diário Oficial da União, **Brasília**, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**, Diário Oficial da União, Brasília, 2015.

BRASIL [Internet]. Secretaria de Defesa Social. Indicadores Criminais de Pernambuco. [acesso em: 20 jan 2018]. Disponível em: <http://www.sds.pe.gov.br/>.

BORTOLINI, G. A.; VITOLO, M. R.; GUBERT, M. B.; SANTOS, L. M. P. Iniquidades sociais influenciam a qualidade e a diversidade da dieta de crianças brasileiras de 6 a 36 meses. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2413-2424, 2015.

BURGOS, M. S. et al. Relationship between anthropometric measures and cardiovascular risk factors in children and adolescents. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 101, n. 4, p. 288–96, 2013.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 163–177, 2000.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

CAPELATTI, F. B. Merenda escolar: os hábitos alimentares dos alunos do Pré II do Centro Municipal de Educação Infantil Cecília Meirelles. **Revista Eventos Pedagógicos**, v. 6, n. 2, p. 113–122, 2015.

CÁRDENAS-CÁRDENAS, L. M. et al. Leisure-time physical activity and cardiometabolic risk among children and adolescents. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 91, n. 2, p. 136–142, 2015.

CASEMIRO, J. P.; FONSECA, A. B. C.; SECCO, F. V. M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 829-840, 2014.

CASTELLANO, J. M. et al. Promotion of Cardiovascular Health at Three Stages of Life: Never Too Soon, Never Too Late. **Revista espanola de cardiologia**, v. 67, n. 9, p. 731–737, 2014.

CASTRO, M. B. T. DE et al. Introdução de alimentos e excesso de peso em pré-escolares de uma comunidade vulnerável da cidade do Rio de Janeiro - Associação da introdução de alimentos e excesso de peso. **Demtra: alimentação, nutrição e saúde**, v. 9, n. 3, p. 645–660, 2014.

CÉSPEDES, J. et al. Promotion of Cardiovascular Health in Preschool Children: 36-Month Cohort Follow-up. **The American Journal of Medicine**, v. 126, n. 12, p. 1122–1126, dez. 2013.

CÉSPEDES, J. Targeting Preschool Children to Promote Cardiovascular Health: Cluster Randomized Trial. v. 126, n. 1, p. 27–35, 2015.

CHRISTOFOLETTI, M. et al. Sedentary behavior at leisure time and its association with physical activity in school context of children in southern Brazil. **Journal of Physical Education**, v. 27, p. 2–10, 2016.

COCCO, M.; LOPES, M. J. M. Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)**, v. 31, n. 1, p. 151–159, 2010.

COELHO, L. G. et al. Food habits and risk of cardiovascular disease in schoolchildren from Ouro Preto, Minas Gerais. **Revista de Nutricao**, v. 28, n. 2, p. 133–142, 2015.

CRISPIM, C. A.; BRACCO, M. M.; TADDEI, F. A. C. Conhecimento nutricional de mães de baixo nível socioeconômico participantes e não participantes de um curso de educação nutricional. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, v. 3, n. 1, p. 10–12, 2010.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p.39-53, 2003.

CZERESNIA, D. Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003**. Rio de Janeiro, p. 211-240, 2003.

CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, Tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 203, 2003.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier, 1991.

DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [acesso em: 20 mai 2016]. Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

DAVIS, P. H. et al. Carotid Intimal-Medial Thickness Is Related to Cardiovascular Risk Factors Measured From Childhood. **Circulation**, 98, [suppl I], p. 1-516, 2001.

DELGADO, A. C. C.; MULLER, F. Em busca de metodologias investigativas com as crianças e suas culturas. **Cadernos de Pesquisa**, v. 35, n. 125, p. 161–179, 2005.

DO, L. M. et al. Vietnamese mother’s conceptions of childhood overweight: findings from a qualitative study. **Global Health Action**, v. 9, p. 1-11, 2016.

EINLOFT, A. B. N.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A. Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 61-72, 2018.

EK, A. et al. Associations between Parental Concerns about Preschoolers’ Weight and Eating and Parental Feeding Practices: Results from Analyses of the Child Eating Behavior Questionnaire, the Child Feeding Questionnaire, and the Lifestyle Behavior Checklist. **PLoS ONE**, v. 11, n. 1, p. 1–20, 2016.

FARIAS, I. C. V. DE et al. Cross-sectorial Analysis in the Health at Schools Program. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 2, p. 261–267, 2016.

FLICK, U. **Introdução à metodologia da pesquisa: um guia para iniciantes**. Porto Alegre: Penso, 2013.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008.

FREIBERG, C. K. et al. Avaliação do consumo alimentar de crianças menores de dois anos institucionalizadas em creches no município de São Paulo. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, v. 4, n. 5, p. 17–21, 2012.

GONÇALVES, F. D. et al. A promoção da saúde na educação infantil. **Revista Interface**, v. 12, n. 24, p. 181–192, 2008.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 352–358, 2006.

HESKETH, K. R.; LAKSHMAN, R.; VAN SLUIJS, E. M. F. Barriers and facilitators to young children's physical activity and sedentary behaviour: a systematic review and synthesis of qualitative literature. **Obesity Reviews**, v. 18, n. September, p. 987–1017, 2017.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. **A Promoção da Saúde no Âmbito Escolar: A Iniciativa Regional Escolas Promotoras da Saúde**. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Saúde Escolar. Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde, p. 1–57, 200-?.
IPPOLITO-SHEPHERD, J.; CERQUEIRA, M. T. Las escuelas promotoras de la salud en las Américas: una iniciativa regional. **Promotion & Education**, p. 19–26, 2003.

IRWIN, J. D. et al. Preschoolers' Physical Activity Behaviours: parents' perspectives. **Canadense Journal Public Health**, v. 95, n. 4, p. 299–303, 2005.

KAIN, J. et al. Estrategia de prevención de obesidad en escolares: Efecto de un programa aplicado a sus profesores (2007-2008). **Revista Medica de Chile**, v. 138, n. 2, p. 181–187, 2010.

KELLER, S. K.; SCHULZ, P. J. Distorted food pyramid in kids programmes : A content analysis of television advertising watched in Switzerland. **European Journal of Public Health**, v. 21, n. 3, p. 300–305, 2010.

LEAL, K. K. et al. Diet quality of preschool children aged 2 to 5 years living in the urban area of Pelotas, Brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 3, p. 310–317, 2015.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.

LEMELIN, L.; GALLAGHER, F.; HAGGERTY, J. Supporting parents of preschool children in adopting a healthy lifestyle. **BioMed Central Nursing**, v. 11, n. 1, p. 1- 12, 2012.

LIMA, M. C. C.; ROMALDINI, C. C.; ROMALDINI, J. H. Frequency of obesity and related risk factors among school children and adolescents in a low-income community. A cross-sectional study. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 133, n. 2, p. 125–130, 2015.

MARANHÃO, H. S.; AGUIAR, R. C.; LIRA, D. T. J.; SALES, M. U. F.; NÓBREGA, N. A.

N. Feeding difficulties in preschool children, previous feeding practices, and nutritional status. **Revista Paulista de Pediatria** [Internet]. São Paulo, 2017.

MALTA, D. C. et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4301–4312, 2014.

MALTA, D. C. et al. Brazilian lifestyles: National Health Survey results, 2013. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 217–226, 2015.

MELLO, E. D. DE; LUFT, V. C.; MEYER, F. Childhood obesity: towards effectiveness. **Jornal de pediatria**, v. 80, p. 173–182, 2004.

MELLO, C. S.; BARROS, K. V.; DE MORAIS, M. B. Brazilian infant and preschool children feeding: literature review. **Jornal de Pediatria**, n. XX, 2016.

MÉLO, E. et al. Associação entre o ambiente da escola de educação infantil e o nível de atividade física de crianças pré-escolares. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 1, p. 53–62, 2013.

MENEZES R. C. E.; LIRA, P. I. C.; OLIVEIRA, J. S.; LEAL, V. S.; SANTANA, S. C. S.; ANDRADE, S. L. L. S. Prevalence and determinants of overweight in preschool children. **Jornal de Pediatria**, v. 87, n. 3, p. 231-237, 2011.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes, Petrópoles: Rio de Janeiro, p. 80, 2001.

MONTEGO, E. T; JARDIM, P. C. B. V. Determinants of Risk of Cardiovascular Diseases in Schoolchildren. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, n. 1, p. 37–45, set. 2006.

MOREIRA, P. et al. Food Patterns According to Sociodemographics , Physical Activity, Sleeping and Obesity in Portuguese Children. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 7, n. March, p. 1121–1138, 2010.

MOTA, S. et al. Food advertising and television exposure : influence on eating behavior and nutritional status of children and adolescents. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, v. 62, n. 1, p. 53–58, 2012.

MOTTA-GALLO, S.; GALLO, P.; CUENCA, A. The influence of television on the eating habits of Brazilian Northeast Children. **Journal of Human Growth and Development**, v. 23,

n. 1, p. 87–93, 2013.

MÜLLER, R. DE M. et al. Prevalence of overweight and associated factors in under-five-year-old children in urban population in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, p. 285–296, 2014.

NAHAS, M. V; BARROS, M. V. G. DE; FRANCALACCI, V. O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 48–59, 2000.

NOBRE, L. N.; LAMOUNIER, J. A.; FRANCESCHINE, S. C. C. Preschool children dietary patterns and associated factors. **Jornal de Pediatria**, p. 129–136, 2012.

OU, J. Y. et al. A walk in the park: The influence of urban parks and community violence on physical activity in Chelsea, MA. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 13, n. 1, 2016.

PAULA, A.; CÂNDIDO, C.; MACHADO-COELHO, G. L. L. Food habits and risk of cardiovascular disease in schoolchildren from Ouro Preto, Minas Gerais. **Revista de Nutrição**, v. 28, n. 2, p. 133–142, 2014.

PAULA, D. M. P DE.; FARIA, M. A. DE.; ALMEIDA, J. D. L. DE. Cooperação multilateral em saúde: a Oitava Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. **Cadernos Iberoamericanos de Direito Sanitário**, Brasília, v.2, n.2, jul./dez, 2013.

PELLANDA, L. C. et al. Doença cardíaca isquêmica : a prevenção inicia durante a infância. **Jornal de Pediatria**, v. 78, p. 91–96, 2002.

PEÑALVO, J. L. et al. A cluster randomized trial to evaluate the efficacy of a school-based behavioral intervention for health promotion among children aged 3 to 5. **Biomed Central Public Health**, v. 13, n. 1, p. 656, 2013.

PEREIRA, R. S.; CUNHA, M. D. DA. A pesquisa na escola com crianças pequenas: desafios e possibilidades. **Caderno de Filosofia e Psicologia da Educação**, v. 5, n. 8, p. 113–130, 2007.

PIAGET, J. **A construção do real na criança**. Zahar: São Paulo, 1970.

PITANGA, F. G.; BECK, C. C.; PITANGA, C. P. S.; FREITAS, M. M.; ALMEIDA, L. A. B. Prevalência e fatores sociodemográficos e ambientais associados à atividade física no tempo livre e no deslocamento em adultos. *Motricidade*, v. 10, n. 1, p. 3-13, 2014.

RAVERA, A. et al. Nutrition and Cardiovascular Disease: Finding the Perfect Recipe for Cardiovascular Health. *Nutrients*, v. 8, n. 6, p. 363, 2016.

RIBAS, S. A.; SILVA, L. C. S. D. Fatores de risco cardiovascular e fatores associados em escolares do Município de Belém, Pará, Brasil. *Saúde Pública*, v. 30, n. 3, p. 577–586, 2014.

RODGERS, R. F. et al. Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 10, n. 1, p. 1, 2013.

RODRIGUES, A. N. et al. Cardiovascular risk factor investigation: a pediatric issue. *International Journal of General Medicine*, v. 6, p. 57–66, 2013.

RODRIGUES, V. M.; FIATES, G. M. R. Hábitos alimentares e comportamento de consumo infantil: influência da renda familiar e do hábito de assistir à televisão. *Revista de Nutrição*, v. 25, n. 3, p. 353–362, 2012.

ROSE JÚNIOR, D. **Esporte e atividade física na infância e na adolescência: uma abordagem multidisciplinar**. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SAMPIERI, H.; COLLADO, F.; LUCIO, B. Amostragem na pesquisa qualitativa. In: SAMPIERI, H.; COLLADO, F.; LUCIO, B. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. p. 401-412.

SILVA, D. et al. Physical activity level and sedentary behavior among students. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, v. 11, n. 3, p. 299–306, 2009.

SILVA, M. A. I. et al. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 619-627, 2014.

SILVA, G. A. P.; COSTA, K. A. O.; GIUGLIANE, E. R. J. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. *Jornal de Pediatria*, v. 92, n. (3 Supl 1), p. 52–57, 2016.

SILVEIRA, J. A. C. et al. Secular trends and factors associated with overweight among Brazilian preschool children: PNSN-1989, PNDS-1996, and 2006/07. *Jornal de Pediatria*, v.

90, n. 3, p. 258–266, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**, v. 101, n. 6 Suppl 2, p. 1–63, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras da saúde. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde**, p. 1–57, 200-?.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de Orientação. **Saúde de crianças e adolescentes na era digital**. n. 1, p. 1–13, 2016.

SPARRENBERGER, K. et al. Ultra-processed food consumption in children from a Basic Health Unit. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 91, n. 6, p. 535–542, 2015.

TEIXEIRA, R. C. et al. Influências da mídia e das relações sociais na obesidade de escolares e a Educação Física como ferramenta de prevenção. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 17, n. 2, p. 162-167, abr./jun., 2016.

THOMPSON, A. M. et al. Comparison of physical activity in male and female children: Does maturation matter? **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 35, n. 10, p. 1684–1690, 2003.

TIMMONS, B. W. Physical activity for preschool children--how much and how? **Applied physiology, nutrition, and metabolism**, v. 32, p. 122, 2007.

TIMMONS, B. W. et al. Systematic review of physical activity and health in the early years (aged 0–4 years). **Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism**, v. 37, n. 4, p. 773–792, 2012.

VEGA, J. B.; POBLACION, A. P.; TADDEI, J. A. DE A. C. Fatores associados ao consumo de bebidas açucaradas entre pré-escolares brasileiros: inquérito nacional de 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2371–2380, 2015.

VIEIRA, G. O. et al. Feeding habits of breastfed and non-breastfed children up to 1 year old. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. 411–416, 2004.

VIEIRA, M. C. H. et al. Análise da oferta alimentar em refeições de uma pré-escola da cidade de São Paulo. **Revista Univap**, v. 21, n. 37, p. 89–98, 2015.

WANG, X. et al. Family influences on physical activity and sedentary behaviours in Chinese junior high school students: a cross-sectional study. **Biomed Central Public Health**, v. 15, n. 1, p. 287, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Health Conference**. New York. 19 Jun to 22 July, 1946.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaração de alma-ata**. Conferência Internacional de Cuidados Primários, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Carta de Ottawa. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá, novembro, 1986**.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Promotion Glossary**. Geneva, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases**. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases**. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Atividade Física. **Folha Informativa n° 385**. Fevereiro, 2014.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Penso: São Paulo, 2016.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamentos e métodos**. Bookman: São Paulo, 2015.

ZANIRATI, V. F.; LOPES, A. C. S.; SANTOS, L. C. Contribuição do turno escolar estendido para o perfil alimentar e de atividade física entre escolares. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 35, n. 1, p. 38-45, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de observação

Observar e Anotar como acontecem as seguintes questões:

1. Hábitos alimentares no contexto escolar:
 - Oferta da merenda escolar;
 - Quantidade e qualidade dos alimentos;
 - Abordagem da temática dos professores com as crianças;
 - Rotina alimentar das crianças;
 - Preparo dos alimentos (condições, infraestrutura...);
 - Como as interações sociais no contexto escolar afetam os hábitos e escolhas alimentares;

2. Hábitos de atividade física no contexto escolar:
 - Rotina das crianças pré-escolares na escola;
 - Atividades de recreio;
 - Como as relações sociais nesse contexto, influenciam nos hábitos de atividade física das crianças;
 - Abordagem da temática dos professores com as crianças;
 - Qualidade de brincadeiras e jogos realizados pelas crianças;
 - Como a estrutura da escola afeta o desenvolvimento de atividades física (positivamente e negativamente);

APÊNDICE B - Instrumento para caracterização da família e roteiro de entrevista
semiestruturada com os pais ou responsáveis

Dados de Identificação

Número do formulário: _____ Data da entrevista: _____
 Nome da criança: _____ Idade: _____
 Data do nascimento: ____/____/____ Sexo: _____
 Nome do responsável: _____ Idade: _____
 Sexo: _____ Estado civil: () solteiro () casado () viúvo () união estável () outros
 Renda familiar: _____ (Salário Mínimo: 937,00)
 Escolaridade: () 0 anos de estudo () 1 a 4 anos de estudo () 5 a 9 anos de estudo
 () mais de 10 anos de estudo
 Possui outros filhos () sim () não

- Roteiro de entrevista semiestruturada com os pais ou responsáveis
- 1) Para você, o que é ser saudável?
 - 2) Para você, o que interfere na saúde da criança, no caso, do seu filho?
 - 3) O que você acha que dificulta para dar saúde ao seu filho?
 - 4) Para você, qual a importância da alimentação na saúde de seu filho?
 - 5) Fale-me sobre a alimentação do seu filho depois que ele nasceu.
 - Amamentou? Por quanto tempo de forma exclusiva?
 - quais foram os primeiros alimentos consumidos por ele depois que deixou de amamentar?
 - 6) E atualmente, você poderia me falar sobre como é a alimentação do seu filho
 - como ele se alimenta em casa e na escola?
 - quais os alimentos que ele mais gosta?
 - 7) Para você, o que leva (influencia) sua família, e seu filho, a se alimentarem dessa forma?
 - Há influência financeira?
 - Religiosa? Cultural? Mídia?
 - 8) Você está satisfeita com a alimentação do seu filho? Porque? Fale-me como você acha que deve ser uma alimentação saudável?
 - 9) Para você, a atividade física contribui para a saúde da criança? Porque?
 - 10) O que seu filho costuma fazer quando está em casa?
 - quais as brincadeiras ou jogos preferidos por ele?
 - como seu filho vai pra escola?

- 11) Para você, o que leva (influencia) seu filho fazer as atividades que ele faz?
- Prática de esportes?
 - Mídia? Religião?
- 12) Para você, o lugar onde vocês moram dificulta seu filho a fazer atividade física?
- Praças? Parquinhos? Quadras esportivas?
 - Violência? Comunidade?

APÊNDICE C - Roteiro para condução dos pequenos grupos com as crianças pré-escolares

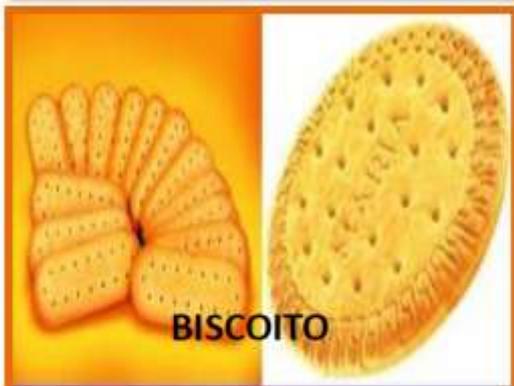
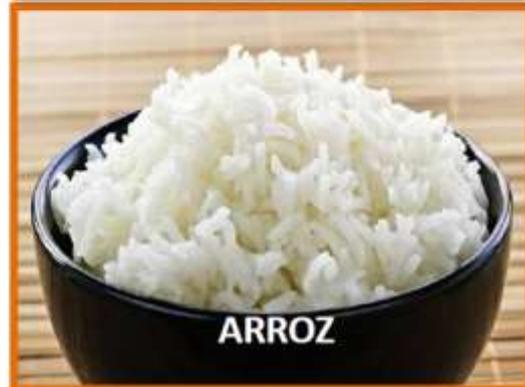
1º Encontro

- 1) Reunir as crianças em um pequeno grupo.
- 2) Iniciar pedindo para as crianças desenharem o que elas mais gostam de comer durante a semana e final de semana, na escola e em casa.
- 3) Pedir que elas expliquem o desenho.
- 4) Distribuir as imagens dos alimentos que foram confeccionadas.
- 5) Pedir para as crianças escolherem os alimentos que mais comem.
- 6) Depois, pedir que escolham os alimentos que acham que faz bem para a saúde e que digam o porquê.

2º Encontro

- 1) Reunir as crianças em um pequeno grupo.
- 2) Iniciar pedindo para as crianças desenharem quais as atividades que elas mais gostam de fazer em casa e na escola.
- 3) Pedir que elas expliquem o desenho.
- 4) Em seguida, distribuir as imagens com figuras relacionadas às atividades físicas.
- 5) Pedir para as crianças escolherem as atividades que mais realizam durante o dia.
- 6) Em seguida, pedir para escolherem quais atividades acham que faz bem para saúde e que digam o porquê.

APÊNDICE D – Imagens utilizadas na coleta de evidências direcionadas para hábitos alimentares





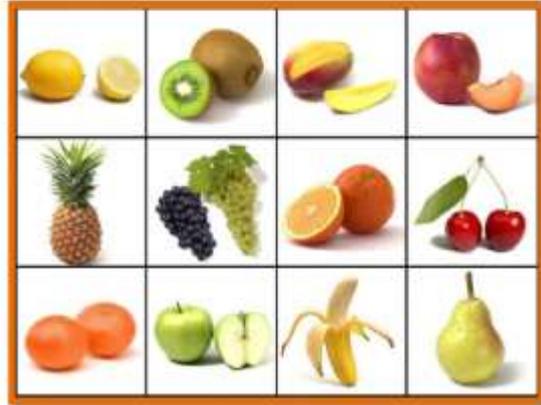
CUSCUZ



SALGADINHO



COXINHA



FEIJÃO



FRANGO ASSADO



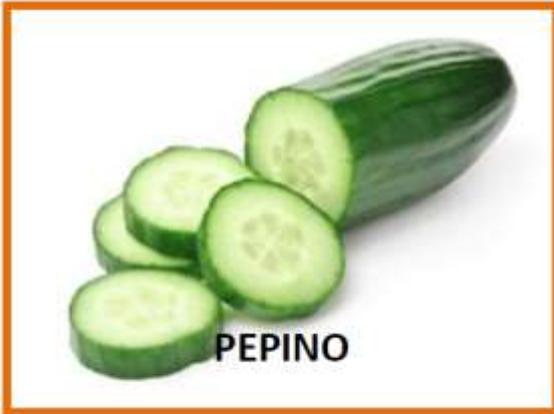
SUCO DA FRUTA



GALINHA COZIDA









SOPA



SALSICHA



SALGADINHO



SALGADINHO



QUEIJO



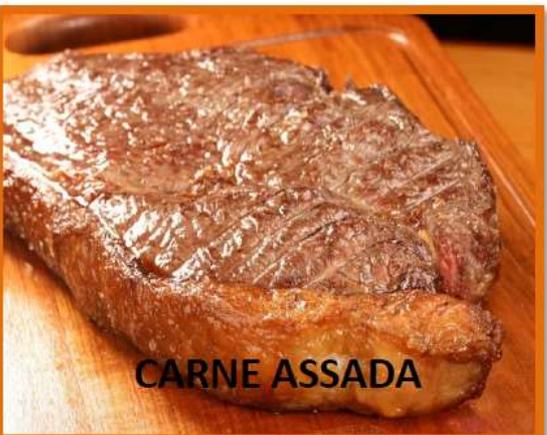
PURÊ



SALADA





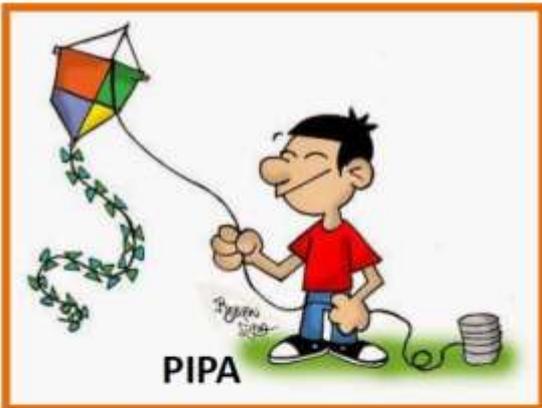


APÊNDICE E – Imagens utilizadas na coleta de evidências direcionadas para hábitos de atividade física









APÊNDICE F – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)**

Convidamos o(a) Sr.(a) _____ e seu (a) filho (a) _____ para participar como voluntário (a) da pesquisa **Saberes e vivências de crianças pré-escolares e seus pais relacionados ao estilo de vida**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Gabriela Freire de Almeida Vitorino, rua Vinte e três, s/n, Cohab II, Gravatá, CEP: 55643-599, telefone celular: (81) 9 9717-6429, email: gabrielafreirevitorino@outlook.com, e está sob a orientação de Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus, telefone celular: (81) 9 9991-0503; e-mail: wandenf@yahoo.com.br.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Esta pesquisa tem o objetivo de entender o cotidiano de crianças pré-escolares, com a idade entre 4 a 5 anos, compreendendo o comportamento delas em relação a ter uma vida saudável em relação à alimentação e atividade física. Para isso, queremos saber como é a alimentação do seu filho(a), as atividades que ele(a) costuma realizar e também como é o sono e descanso dele. Assim, nesta pesquisa, você participará de uma entrevista individual onde será preenchido um formulário com informações sociais, econômicas, e pessoais sobre sua saúde, e também informações sobre seu filho(a), como a amamentação dele(a), período do sono, alimentação e atividades que gosta de realizar. A entrevista ocorrerá na escola municipal do dom, onde seu filho(a) estuda, segundo sua disponibilidade de dia e horário, e será realizada com a gravação de voz, para que o pesquisador tenha acesso a sua entrevista em outros momentos da pesquisa.

Com seu filho (a) vamos realizar um grupo com dois encontros, onde seu filho participará, juntamente a outras crianças, de atividades para sabermos o que seu filho come e realiza de atividade física. Será pedido que ele desenhe e escolha algumas imagens de alimentos e figuras de atividades física. Nesses grupos, terá também uma pesquisadora profissional da área de saúde, que irá acompanhar as atividades, e também uma outra pesquisadora que irá fazer a gravação em áudio e vídeo do grupo que seu filho(a) estará participando. A realização do grupo ocorrerá na Escola Municipal do Dom, onde seu filho(a) estuda, em horários que sejam adequados para as crianças, sem prejudicá-las na escola, e também com a aprovação do professora da sala de aula das crianças. O grupo terá duração de cerca de uma hora e meia.

Seus nomes não serão revelados, nenhum prejuízo físico ou moral lhes serão causados, bem como quaisquer dúvidas relacionadas ao estudo serão esclarecidas. Não ocorrerá nenhum procedimento que provoque danos físicos, no entanto, poderá ocorrer algum desconforto durante a entrevista. Há, também, o risco de desconforto ou constrangimento para seu filho(a) ao participar do grupo. Para isso, os pesquisadores procurarão conhecer a criança antes, e deixar

seu filho(a) confortável através de um ambiente descontraído, com brincadeiras e outras atividades que seu filho goste fazer. Somente se realizará com ele atividades que queira participar.

Como benefício direto desta pesquisa destaca-se a possibilidade de contribuir para o conhecimento dos comportamentos das crianças em idade pré-escolar, entre 4 e 5 anos, para assim conhecermos como são os estilos de vida de seus filhos, em relação à alimentação e atividade física. A partir daí será possível planejar atividades educativas que ajudem as crianças e pais a estimularem seus filhos(as) a terem uma vida mais saudável, e assim ter menos chance de adoecer. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, como a gravação que será realizada na entrevista, ficarão armazenados em arquivos de computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Gabriela Freire de Almeida Vitorino, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos. Após esse período, os dados serão automaticamente destruídos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

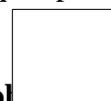
(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **O cotidiano de crianças pré-escolares sob o contexto da promoção da saúde cardiovascular**, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____



Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos solicitados e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXOS**ANEXO A – Carta de Anuência**

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO PEDAGÓGICA
GERÊNCIA GERAL DE PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO PEDAGÓGICO

Recife, 17 de novembro de 2016.

CARTA DE ANUÊNCIA

Informamos que Gabriela Freire de Almeida Vitorino, estudante do Curso de Mestrado da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, está autorizada por esta Gerência, a realizar, na Escola Municipal do Dom, pesquisa, através de coleta de dados, observação e entrevistas, com o objetivo de compreender, na perspectiva de pais e crianças, os saberes e vivências de crianças pré-escolares sobre estilo de vida saudável, para subsidiar seu Projeto intitulado: "Saberes e vivências de crianças pré-escolares e seus pais relacionados ao estilo de vida", sob a orientação da Professora Dra. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus.

Salientamos que caso haja ações de filmagens e/ou fotografias, a pesquisadora deverá solicitar autorização individual por escrito dos indivíduos/responsáveis envolvidos no referido estudo.

Atenciosamente,

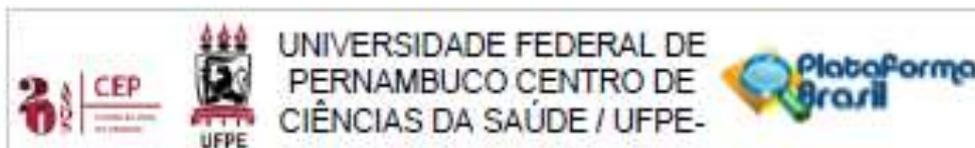


Renata Jatobá
Gerente Geral de Planejamento e Monitoramento Pedagógico
Mat. 62.783-6

Renata A. Jatobá de Oliveira
Gerente Geral de Planejamento
e Monitoramento Pedagógico
Mat. 62.783-6 - Secretaria de Educação

Centro Administrativo Pedagógico – CAP
Rua Frei Mathias Tevis, s/n – Ilha do Leite – PE, Fone: 3355.5947/5948

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SABERES E VIVÊNCIAS DE CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES E SEUS PAIS RELACIONADOS AO ESTILO DE VIDA

Pesquisador: Gabriela Freire de Almeida Vitorino

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62434116.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.905.144

Apresentação do Projeto:

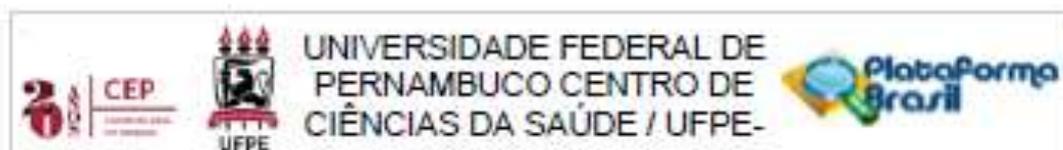
SABERES E VIVÊNCIAS DE CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES E SEUS PAIS RELACIONADOS AO ESTILO DE VIDA é um projeto de pesquisa de Gabriela Freire de Almeida Vitorino, aluna de mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal de Pernambuco, auxiliada pela Dra. Isabella Cristina Oliveira Pacheco, e orientada pela Profa. Dra. Maria Wanderley de Lavor Coriolano Marinho. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, que será desenvolvido na Escola Municipal do Dom, localizada em Recife-PE com crianças pré-escolares e seus respectivos pais ou responsáveis. Esta instituição contempla a educação infantil pré-escolar, e abrange os grupos de meninos e meninas com a faixa etária de 4 e 5 anos de idade, num total de 170 alunos. Participarão da pesquisa um total de 40 pessoas, sendo 20 crianças e 20 pais ou responsáveis. Serão formados 5 grupos com 4 crianças cada. Os pais não serão divididos em grupos.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: Compreender, na perspectiva de pais e crianças, os saberes e vivências de crianças pré-escolares sobre estilo de vida saudável.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Identificar saberes e vivências de pré-escolares sobre a alimentação no contexto familiar, escolar e social, a partir da visão de crianças e pais; Caracterizar saberes e

Endereço: Av. de Engenharia nº 1 - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81) 2126-6500 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.206.144

vivências de pré-escolares sobre atividade física e práticas de lazer sedentárias no contexto familiar, escolar e social, a partir da visão de crianças e pais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

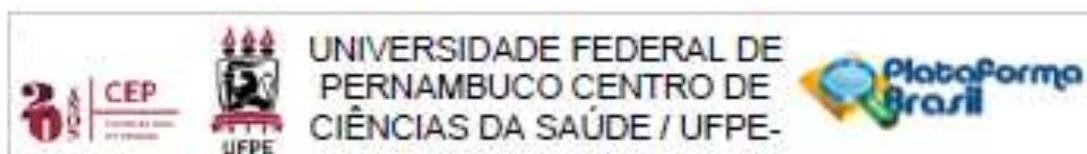
A técnica de coleta a ser desenvolvida pode se configurar em risco pela possibilidade de desconforto ou constrangimento durante a entrevista e o trabalho em pequenos grupos a serem realizados. Para amenizar os riscos possíveis, os participantes serão esclarecidos anteriormente, em relação à pesquisa e à possibilidade de desistência a qualquer momento.

Como benefício direto desta pesquisa destaca-se a possibilidade de contribuir para o conhecimento dos comportamentos das crianças em idade pré-escolar, entre 4 e 5 anos, para assim conhecermos como são os estilos de vida de seus filhos, em relação à alimentação e atividade física. A partir daí será possível planejar atividades educativas que ajudem as crianças e pais a estimularem seus filhos(as) a terem uma vida mais saudável, e assim ter menos chance de adoecer.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O desenvolvimento de fatores de risco para doenças crônicas ocorre desde a infância, sendo necessária e importante a atuação precoce, visando a prevenção e compreensão dos fatores que permeiam os hábitos de vida, e que influenciam no estilo de vida, com ênfase na promoção da saúde. Neste sentido, compreende-se que conhecer o estilo de vida dos indivíduos, e em particular, das crianças, determina um ponto de partida para a construção e a implementação de políticas e programas que vislumbrem e dêem voz aos principais beneficiados. Estudos relacionados à promoção da saúde evidenciam importante relevância, por contribuírem no conhecimento científico e ainda apontarem a contribuição de fatores macroestruturais que influenciam no âmbito individual e nas escolhas que permeiam a adoção do estilo de vida individual. A promoção da saúde atua também dentro da perspectiva de prevenção primária, prevenindo o desenvolvimento de fatores e comportamentos de riscos, podendo contribuir no controle e minimização dos impactos decorrentes das doenças crônicas, inclusive doenças cardiovasculares, as quais atualmente correspondem a uma questão de saúde pública por apresentarem elevados índices de morbimortalidade.

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-500
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (011) 2125-0565 E-mail: ceccos@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.200.144

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos: Histórico Escolar da Aluna; Currículo das Pesquisadoras e da orientadora; TCLE; Termos de Confidencialidade; Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento; Folha de Rosto; Carta de Anuência; Cronograma e Folha de Rosto, todos de acordo com a legislação pertinente.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

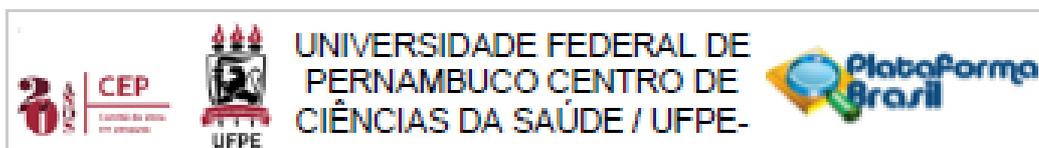
Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (011) 2125-0500 E-mail: cep@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.200.144

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_833093.pdf	28/11/2016 13:13:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto-plataforma-brasil.docx	28/11/2016 13:12:37	Gabriela Freire de Almeida Vitorino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/11/2016 13:11:42	Gabriela Freire de Almeida Vitorino	Aceito
Outros	historicoescolar.jpg	28/11/2016 13:10:52	Gabriela Freire de Almeida Vitorino	Aceito
Outros	lattesisabela.pdf	28/11/2016 12:30:10	Gabriela Freire de Almeida Vitorino	Aceito
Outros	latteswanderleya.pdf	28/11/2016 12:29:56	Gabriela Freire de Almeida Vitorino	Aceito
Outros	lattesgabriela.pdf	28/11/2016 12:29:32	Gabriela Freire de Almeida Vitorino	Aceito
Outros	termodeconfidencialidade.jpg	28/11/2016 12:27:18	Gabriela Freire de Almeida Vitorino	Aceito
Outros	termodeusodeimagens.docx	28/11/2016 12:26:53	Gabriela Freire de Almeida Vitorino	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	28/11/2016 12:26:09	Gabriela Freire de Almeida Vitorino	Aceito
Outros	cartadeanuencia.jpg	27/11/2016 17:29:17	Gabriela Freire de Almeida Vitorino	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

RECIFE, 01 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)