



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADEMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM EMFERMAGEM**

FRANCISCO EVERARDO SILVA VIEIRA

**FATORES POTENCIAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM ESCOLARES DE 05 A 10 ANOS DE
IDADE NO INTERIOR DO CEARA**

CAJAZEIRAS-PB

2017

FRANCISCO EVERARDO SILVA VIEIRA

FATORES POTENCIAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS EM ESCOLARES DE 05 A 10 ANOS DE IDADE NO
INTERIOR DO CEARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Enfermagem, do
Centro de Formação de Professores, da
Universidade Federal de Campina Grande,
como requisito para obtenção de título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Paula Frassinetti
Oliveira Cezário

CAJAZEIRAS-PB

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

V658f Vieira, Francisco Everaldo Silva.

Fatores potenciais para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis em escolares de 05 a 10 anos de idade: no interior do Ceará / Francisco Everaldo Silva Vieira. - Cajazeiras, 2017.

62p.: il.

Bibliografia.

Orientadora: Profa. Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezário.

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

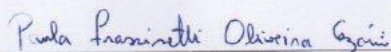
1. Obesidade infantil. 2. Massa corporal - crianças. 3. Hipertensão infantil. 4. Doenças crônicas - crianças. I. Cezário, Paula Frassinetti

FRANCISCO EVERARDO SILVA VIEIRA

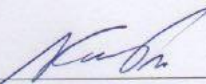
FATORES POTENCIAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS EM ESCOLARES DE 05 A 10 ANOS DE IDADE: NO
INTERIOR DO CEARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, do
Curso de Bacharelado em Enfermagem, do
Centro de Formação de Professores - CFP, da
Unidade Acadêmica de Enfermagem -
UAENF, como requisito para obtenção de
título de Bacharel em Enfermagem.

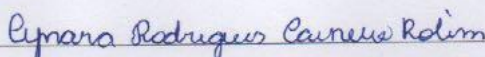
Aprovado em: 27 / abril /2017



Profª Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezário – UFCG/CFP
Orientadora



Profª Dra. Anubes Pereira de Castro – UFCG/CFP
Avaliador Interno



Profª Esp. Cynara Rodrigues Carneiro – UFCG/CFP
Avaliador Interno

Toda a minha vida tem sido dedicada ao meu primeiro Amor, Deus, pois Mateus 6:33 diz: "Buscai, assim, em primeiro lugar, o Reino de Deus e a sua justiça, e todas essas coisas vos serão acrescentadas". Não poderia ser diferente em mais uma conquista, a conclusão do curso que Ele me fez amar, um propósito de Deus para minha vida! Dedico também a minha amada mãe, Maria Célia, que acreditou no meu potencial desde que nasci, aos meus irmãos, Ericeldo e Erbio, ao meu pai, Everardo e aos meus amigos que muito me ajudaram. Sabendo que cada uma dessas pessoas são verdadeiros presentes de Deus para minha vida!

AGRADECIMENTOS

“Dando graças constantemente a Deus Pai por todas as coisas, em nome de nosso Senhor Jesus Cristo”. Efésios 5:20. Agradeço a Deus por todas as oportunidades e por cada bênção que tem me dado, por cada presente em forma de pessoas como mãe, irmãos, familiares e amigos que me incentivaram a seguir em frente em todas as etapas do curso.

Agradeço a minha mãe Maria Célia, pelo amor, compreensão, força e tudo que fez por mim nesses 26 anos de vida, um presente que Deus me deu. A Palavra de Deus diz em Efésios 6:1-3 “Filhos, obedçam a seus pais no Senhor, pois isso é justo. ‘Honra teu pai e tua mãe’ – este é o primeiro mandamento com promessa – ‘para que tudo corra bem e tenhas longa vida sobre a terra’”. Amo-te muito, Mãe!

Agradeço a meus irmãos, Ericeldo e Erbio, pela força, conselhos e confiança que me deram durante todo esse tempo. Louvo a Deus por ter me presenteado com dois irmãos amigos. Salmos 133:1 diz “Como é bom e agradável quando os irmãos convivem em união!”, é um privilégio ter um irmão como amigo, melhor ainda é ter dois.

Agradeço a minha orientadora, Profª Esp. Paula Frassinetti por aceitar o desafio, pela competência, cooperação e principalmente pelo incentivo, não teria conseguido sem a imensa contribuição dela. Provérbios 13:14 diz “O ensino dos sábios é fonte de vida e afasta o homem das armadilhas da morte”. Muito obrigado por todos os ensinamentos.

Agradeço aos amigos que conheci na UFCG, os irmãos que Deus me deu, Evelto, Bruno, Thaíse e Jéssica, obrigado pelo companheirismo, pelos momentos de alegria, pelos momentos difíceis, passamos por muitas coisas juntos, superamos todos os obstáculos que apareceram, aprendi muito com vocês, e como diz Provérbios 13:20ª “Aquele que anda com os sábios, será cada vez mais sábio”, Provérbios 18:24b “mas existe amigo mais apegado que um irmão”.

Agradeço aos amigos que Deus me deu desde que voltem ao primeiro amor, Mariane, Ramon, Jeferson e Giovanna por me ajudarem durante a coleta de dados. À Marcelo Mateus (Tozim), que me ajudou com a locomoção durante a coleta. À minha cunhada e amiga Paula Roberta que também contribuiu na coleta. À Vinícius e a Ramon (principalmente) por contribuir com os impressos. Louvo a Deus pela vida de cada um deles. Provérbios 17:17 “Em todo tempo ama um amigo, e na adversidade nasce um irmão”.

Agradeço aos meus familiares e a meu pai, José Everardo, que demonstram torcer por mim desde a minha infância, acreditando nos planos de Deus para minha vida. Romanos 12:5

diz “Assim também em Cristo nós, que somos muitos, formamos um corpo, e cada membro está ligado a todos os outros”. A família é um propósito de Deus, sou muito grato pela minha.

Agradeço aos meus padrinhos Antonio Tiburcio (Pai preto) e Edvanice Mãe preta) pelo incentivo me dando o meu primeiro jaleco. Sabendo que ele está feliz, perto de Deus. I Co 13:4a,7 “O amor é paciente, o amor é bondoso... Tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta”.

Agradeço aos meus pastores, Apóstolo Jucicleudo e Apóstola Verônica, pelas palavras de incentivo e perseverança que ministram na vida de cada jovem. Provérbios 9:9 “Instrua o homem sábio, e ele será ainda mais sábio; ensine o homem justo, e ele aumentará o seu saber”. Obrigado pelos discipulados, por cada palavra ministrada em minha vida.

Agradeço a Dona Maria (que Deus a tenha) e a sua família por me abrigarem durante todo esse tempo que morei em Cajazeiras, sou muito grato a Deus pela vida de cada um. I Tessalonicenses 5:18 “Deem graças em todas as circunstâncias, pois esta é a vontade de Deus para vocês em Cristo Jesus”.

Agradeço a todos os meus amigos não citados, em especial a Talles e a Fabinho, por me ajudarem a passar por momentos tensos com o bom humor e vozes de cada um, sempre louvando e adorando a Deus, mesmo não tendo as mais belas vozes, estamos sempre adorando ao Único digno de todo louvor e adoração. Hebreus 13:15 “Por meio de Jesus, portanto, ofereçamos continuamente a Deus um sacrifício de louvor, que é fruto de lábios que confessam o seu nome”, Provérbios 17:17 "Em todo tempo ama um amigo, e na adversidade nasce um irmão".

Agradeço as professoras Dra. Anubes Castro e Esp. Cynara Carneiro por aceitarem participar da minha banca, foi uma honra ter vocês como professoras, contribuindo grandemente para minha formação como profissional e como pessoa. Hebreus 13:7 “Lembre-se dos seus líderes, que transmitiram a palavra de Deus a vocês. Observem bem o resultado da vida que tiveram e imitem a sua fé”. Obrigado pelo conhecimento que transmitiram a nós.

Agradeço a todos os professores que me ajudaram e orientaram durante todo o curso, em especial a Professora Patrícia Marega e o Professor Eduardo Seyfert, que contribuíram para que eu pudesse me apaixonar pela anatomia, uma das minhas paixões durante o curso. Pv. 19:20,21 diz “Ouça conselhos e aceite instruções, a acabará sendo sábio. Muitos são os planos no coração do homem, mas o que prevalece é o propósito do Senhor”. Creio que a anatomia é um propósito de Deus para a minha vida, Ele não colocaria um sonho em meu coração que eu não pudesse realizar, e isso eu devo a dedicação de vocês.

Agradeço as direções das escolas e aos pais dos escolares que confiaram em mim e acreditaram na seriedade da pesquisa. Provérbios 3:5 – 6 “Confie no Senhor de todo seu coração e não se apoie em seu próprio entendimento; reconheça o Senhor em todos os seus caminhos, e ele endireitará as suas veredas”.

Obrigado a todos!

VIEIRA, FRANCISCO EVERARDO SILVA. **Fatores potenciais para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis em escolares de 05 a 10 anos no interior do ceara.**

Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB – 2017. Orientadora: Prof.^a Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezário.

RESUMO

Introdução: Durante o crescimento, a criança passa por momentos de adaptações físicas, psíquicas e sociais, essas adaptações fazem parte do desenvolvimento de todo ser humano. A partir do desenvolvimento progressivo da criança, a família também passa por modificações intensas, sendo essas responsáveis por ditar o desenvolvimento, estimulando a pratica de hábitos de vida saudáveis, evitando posteriormente o desenvolvimento de doenças e agravos à saúde da criança. **Objetivo geral:** Avaliar o índice de massa corporal de crianças na faixa etária de 05 a 10 anos e correlacionar os achados aos possíveis fatores potenciais para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). **Metodologia:** É do tipo descritivo - exploratório, de campo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em três escolas de ensino fundamental do Município de Umari no estado Ceará, sendo que essas escolas são duas da iniciativa privada e outra publica (municipal). Os dados da pesquisa foram analisados pelo o programa de estatística SPSS versão 24.0. **Resultado e discussão:** Foram selecionados 121 escolares para avaliação mediante cumprimento de todas as etapas para inclusão do mesmo na pesquisa. Em relação ao estado nutricional dos escolares avaliados, utilizando o gráfico de curva nutricional da caderneta da criança do Ministério da Saúde do ano de 2007, observou – se que a maioria deles apresentou um IMC adequado. A frequência de consumo foi avaliada de acordo com a memoria dos pais e/ou responsáveis dos escolares, relatando se o mesmo consumia tais alimentos diariamente, semanalmente, quinzenalmente, mensalmente ou não comem, relatando também quantas vezes em media o escolar consome os alimentos. Apesar dos dados referirem um quantitativo satisfatório dos escolares em relação às práticas de atividade físicas, há um demonstrativo significativo de alunos que não praticam ou praticam apenas uma vez por semana. **Conclusão:** As medidas antropométricas são simples e de extrema relevância para identificar os riscos de desenvolver DCNT nos escolares de 5 a 10 anos de idade. Os altos índices de excesso de peso e de baixo peso descobertos com a análise dos investigados, mostra a necessidade de ações preventivas nas escolas, fazendo com que a família participe dessas ações, para termos um elevado índice de mudança nos hábitos e um bom desenvolvimento biopsicossocial dos escolares.

Palavras-chaves: Crianças. Obesidade. Diabetes. Hipertensão. Escola.

VIEIRA, FRANCISCO EVERARDO SILVA. **Potential factors for the development of chronic not transmissible diseases in schoolchildren from 5 to 10 years old in the interior of the city.** Completion of course work (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB - 2017. Advisor: Specialist Teacher Paula Frassinetti Oliveira Cezário.

ABSTRACT

Introduction: During growth, the child goes through moments of physical, psychic and social adaptations, these adaptations are part of the development of every human being. From the progressive development of the child, the family also undergoes intense modifications, which are responsible for dictating development, stimulating the practice of healthy life habits, and then preventing the development of diseases and health problems of the child. **Overall objective:** To evaluate the body mass index of children in the 5- to 10-year age group and to correlate the findings with the possible potential factors for the development of chronic not transmissible diseases (CNTD). **Methodology:** It is descriptive – exploratory type, field, with quantitative approach. The research was carried out in three elementary schools of the Municipality of Umari in the state of Ceará, being that these schools are two of the private initiative and another public (municipal). The data of the research were analyzed by the statistical program SPSS version 24.0. **Outcome and discussion:** 121 students were selected for evaluation by completing all steps for inclusion in the survey. Regarding the nutritional status of the students evaluated, using the chart of nutritional curve of the child's book of the Ministry of Health of 2007, it was observed that most of them presented a adequate BMI. The frequency of consumption was assessed according to the parents and guardians reports, and whether they consumed such foods daily, weekly, biweekly, monthly or do not eat, also reporting how many times the average student consumes food. Although the data refer to a satisfactory number of students in relation to physical activity practices, there is a significant demonstration of students who do not practice or practice only once a week. **Conclusion:** Anthropometric measures are simple and extremely relevant to identify the risks of developing CNTDs in schoolchildren aged 5 to 10 years. The high rates of overweight and underweight discovered with the analysis of the investigated, shows the need for preventive actions in schools, causing the family to participate in these actions, to have a high rate of change in habits and a good biopsychosocial development of schoolchildren.

Keywords: Children. Obesity. Diabetes. Hypertension. School.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos escolares de acordo com idade e sexo.....	26
Tabela 2. Tabela categorizada com as variáveis sociodemográficas, religião, e distribuição de renda.....	27
Tabela 3. Tabela de distribuição do estado nutricional dos escolares.....	28
Tabela 4. Tabela de circunferência abdominal do aluno em centímetros.....	31
Tabela 5. Tabela de frequência do consumo de alimentos diário e semanal.....	31
Tabela 6. Tabela de frequência do consumo de alimentos quinzenal e mensal.....	32
Tabela 7. Tabela de pratica de atividade física.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CE - Ceará

CD - Crescimento e Desenvolvimento

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM - Diabetes Mellitus

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IMC - Índice de Massa Corporal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

MEC – Ministério da Educação

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança

PA - Pressão Arterial

PBF – Programa Bolsa Família

PSE - Programa De Saúde Na Escola

SUS - Sistema Único de Saúde

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SM - Síndrome Metabólica

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sumário

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVO	15
2.1 OBJETIVO GERAL:	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	15
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
3.1 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	16
3.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	18
3.3 PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA - PSE.....	20
4. METODOLOGIA.....	22
5.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO	22
5.2 LOCAL DA PESQUISA	22
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	22
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	23
5.5 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO	23
5.6 ANÁLISE DE DADOS:	24
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	25
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	26
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERENCIAS:	39
APÊNDICES	42
APÊNDICE A: QUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO E FREQUENCIA ALIMENTAR.....	43
APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	45
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ...	47
APÊNDICE D: TERMO DE ASSENTIMENTO PARA MENORES	49

ANEXOS	51
ANEXO A: TERMO DE ANUÊNCIA ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL VIDAL MARIA TEIXEIRA.....	52
ANEXO B: TERMO DE ANUÊNCIA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – UMARI, CE.....	53
ANEXO C: TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUTO DE EDUCAÇÃO GAMALIEL	54
ANEXO D: TERMO DE COMPROMISSO DO ORIENTADOR	55
ANEXO E: TERMO DE COMPROMISSO DO ORIENTANDO	56
ANEXO F: TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR	57
ANEXO G: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	58

1. INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 1.130, de 05 de Agosto de 2015, institui a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, por meio da atenção e cuidados íntegros e globalizados da gestação até os 9 (nove) anos de vida, tendo em vista à diminuição da morbimortalidade e uma esfera favorável à vida com circunstâncias dignas de vivência e amplo desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Durante o crescimento, a criança passa por modificações físicas, psíquicas e sociais, essas adaptações fazem parte do aperfeiçoamento de todo ser humano. A partir do progresso da criança, a família também passa por alterações intensas, sendo essas responsáveis por ditar o desenvolvimento saudável dessas crianças, estimulando a prática de hábitos de vida saudáveis, evitando posteriormente o desenvolvimento de doenças e agravos à saúde da mesma.

As doenças e agravos não transmissíveis vêm aumentando e, no Brasil, são as principais causas de óbitos em adultos, sendo a obesidade (agravo de caráter multifatorial que favorece o acúmulo de gordura) um dos fatores de maior risco para o adoecimento neste grupo. A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, além de ser um fator de risco importante para outras doenças, como a Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), pode interferir tanto na duração e qualidade de vida, quanto na aceitação social dos indivíduos, sendo muitas vezes excluídos pela sociedade contemporânea, além de serem alvos de bullying, principalmente durante a infância (SCHMIDT et al., 2011).

Nesse contexto, a associação de fatores como sedentarismo e alimentação inadequada, contribui fortemente para o surgimento de doenças crônicas. A DM é uma doença crônica que abrange um grupo de distúrbios metabólicos que apresentam níveis aumentados de glicose no sangue (hiperglicemia), a qual é o resultado de defeitos na secreção e/ou ação da insulina. A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90 \text{ mmHg}$) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Sendo assim, devem ser realizadas ações em educação em saúde, visando à diminuição das doenças e agravos não transmissíveis, acompanhando a criança durante todas as etapas do seu crescimento e desenvolvimento.

O interesse na temática está relacionado à necessidade em identificar e correlacionar os possíveis fatores de riscos que podem estar influenciando no acometimento de DM e HAS nas crianças. Pois observar-se que na atualidade as crianças estão se alimentando inadequadamente, e não praticam atividades físicas, atividades estas que eram mais presentes no cotidiano das crianças a alguns anos, assim, as crianças estão se tornando robustas. Observou – se que a estratégia de saúde da família do município não presta assistência adequada as crianças, tendo em vista que o pesquisador buscou desenvolver ações de educação em saúde nas escolas e não obteve apoio da mesma. Daí, surgiu a necessidade de avaliar o estado nutricional dos escolares, e prestar uma assistência mesmo que indireta. A partir deste ponto, observou – se a necessidade de fazer um levantamento do numero de crianças com risco de desenvolver HAS e/ou DM, correlacionando com fatores genéticos, estado nutricional e alguns fatores socioeconômicos, como: alimentação, estilo de vida, pratica de atividade física e condições de moradia.

Sabe – se que existem fatores que podem ser modificáveis em pessoas para evitar o desenvolvimento de doenças crônicas, como: hábitos sociais, uso de anticoncepcionais, tabagismo, bebidas alcoólicas, sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares e estresse. Portanto, uma das formas de controle, prevenção e tratamento não farmacológicos da HAS e da DM é, sem dúvida, a mudança no estilo de vida, mudando hábitos e praticando atividades físicas.

Como o índice de adultos acometidos por HAS e DM vem crescendo, é importante saber se o desenvolvimento dessas comorbidades começa na infância, e para identificar se alguns destes fatores já citados contribuem para isso, a escola é o melhor lugar para realizar o estudo. Foi imprescindível a participação das crianças e familiares, buscando um benefício maior para prevenir ou diagnosticar precocemente o aparecimento de doenças crônicas, auxiliando família e escola a eliminarem fatores de risco para essas doenças.

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL:

Avaliar o índice de massa corporal de crianças na faixa etária de 05 a 10 anos e correlacionar os achados aos possíveis fatores potenciais para DM e HAS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Descrever as variáveis sociodemográficas correlacionando aos possíveis fatores potenciais para o acometimento de diabetes;

Mensurar e registrar estatura, o peso corporal, circunferência abdominal, bem como realizar cálculo do IMC.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

O Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 1.130, de 05 de Agosto de 2015, institui a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação até os 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015). Sendo assim, devem ser realizadas ações em educação em saúde, visando à diminuição das doenças e agravos não transmissíveis, acompanhando a criança durante todas as etapas do seu crescimento e desenvolvimento.

O acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) da criança é a base para conduzir as intervenções em saúde fundamentais direcionadas a esse grupo, operando no campo da vigilância a saúde, interferindo de forma positiva nas taxas de morbimortalidade no Brasil e no mundo (MACEDO, 2010).

Relacionada às elevadas taxas de mortalidade de crianças, foram desenvolvidas políticas públicas de atenção à saúde da criança, essa política pública sofreu determinação no âmbito da política, da sociedade e da economia, onde a família foi inserida no contexto para auxiliar nas ações de promoção a saúde da criança (MACEDO, 2010).

No Brasil, as condutas primitivas dirigidas para a atenção à saúde da criança fazem alusão à promoção do crescimento e desenvolvimento das crianças e a prevenção de patologias e agravos à saúde através dos dogmas relativos à promoção e prevenção da saúde (MELLO; TONETE; SILVA, 2009).

A supervisão do CD da criança não é um ato de alta complexidade tecnológica, por outro lado é um ato bastante eficiente, representa um alicerce complementar centrado nos procedimentos de saúde inclinados para reduzir a mortalidade, prevenção de complicações, vigilância e promoção da saúde das crianças (ALVES; MOULIN, 2008). As ações de promoção e prevenção de saúde das crianças ainda são realizadas através de consultas individuais, onde o foco da consulta são os sinais e sintomas que a mesma está sentindo,

focando no tratamento da doença, sem um acompanhamento voltado ao desenvolvimento dessas crianças (MONTEIRO et. al., 2011).

A condição nutricional na infância apresenta relevante conexão com seu crescimento, auxiliando a criança no avanço de seus recursos psicomotores e sociais. Modificações nutricionais indica que as crianças correm grandes riscos de sofrerem prejuízos à saúde, da mesma maneira que podem desenvolver dificuldade de relacionamentos, tanto com as demais pessoas, como dificuldade de reconhecerem seu papel na sociedade em que vivem (SANTOS; LEÃO, 2008).

Durante o crescimento, a criança passa por momentos de adaptações físicas, psíquicas e sociais, essas adaptações fazem parte do desenvolvimento de todo ser humano. A partir do desenvolvimento progressivo da criança, a família também passa por modificações intensas, sendo essas responsáveis por ditar o desenvolvimento saudável dessas crianças, estimulando a pratica de atividade física, oferecendo uma dieta alimentar saudável e que supra todas as necessidades nutricionais da criança.

Na atualidade as crianças estão se alimentando imprópriamente, e não praticam atividades físicas, atividades estas que eram mais presentes no cotidiano das crianças a alguns anos, assim, as crianças estão se tornando robustas. Para que as crianças possam crescer e desenvolver suas funções físicas, psíquicas e sociais, é de fundamental importância uma rotina de exercícios físicos em conjunto com uma alimentação apropriada para manter o estado nutricional dessas crianças no nível em que não interfira na saúde desse grupo.

O método de avaliação utilizado para avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança, são as medidas antropométricas como peso, altura e circunferência abdominal, por ser um método de fácil aplicação e de custo financeiro reduzido (MONTARROYOS; COSTA; FORTES, 2013).

No Brasil os critérios aplicados para avaliar as medidas antropométricas em crianças e adolescentes são os do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) que objetiva manter controle e atualização da condição nutricional das crianças do país. De acordo com o SISVAN, a classificação da situação nutricional de crianças de 5 a 10 anos, são aplicadas as taxas de Peso/Idade, Estatura/Idade e IMC/Idade (BRASIL, 2008).

3.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As doenças crônicas e agravos não transmissíveis vêm aumentando e, no Brasil, são as principais causas de óbitos em adultos, sendo a obesidade (agravo de caráter multifatorial que favorece o acúmulo de gordura) um dos fatores de maior risco para o adoecimento neste grupo. A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, além de ser um fator de risco importante para outras doenças, como DM e HAS, pode interferir tanto na duração e qualidade de vida, quanto na aceitação social dos indivíduos, sendo muitas vezes excluídos pela sociedade contemporânea, além de serem alvos de bullying, principalmente durante a infância (SCHMIDT et. al., 2011).

Segundo Brasil (1999, citado por WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013) DM é denominado um distúrbio no metabolismo desencadeado por diversas causas, tendo como principal característica a hiperglicemia e transtornos metabólicos de carboidratos, proteínas e gorduras, sendo esses resultados de déficit na excreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013). A DM é resultado de disfunções e déficit de vários órgãos, dentre esses estão: olhos, nervos, rins, coração, cérebro e vasos sanguíneos. Devido ao acometimento de vários órgãos, representa uma patologia complexa, afetando a qualidade de vida dos portadores da doença e até mesmo da família. Ao se deparar com a DM, o estilo de vida das crianças e/ou adolescentes muda completamente, modificando também o cotidiano da família. Por ser uma situação diferenciada, pode gerar sentimentos de remorso, ansiedade, depressão e desânimo no indivíduo acometido por essa doença, além de levantar vários questionamentos nos familiares, que com o passar do tempo, adquirem conhecimentos e saberes para lidar com a seriedade da patologia (LEAL et al, 2012).

O indivíduo acometido pela DM deve seguir um estilo de vida saudável para manter o peso dentro do padrão nutricional adequado, habitando – se a prática de exercícios físicos, evitar o consumo de álcool, cigarro e outras drogas e, diminuir o consumo de gorduras saturadas. Porém, o tratamento deve respeitar a subjetividade de cada sujeito, levando em conta a idade; possível presença de outras patologias; discernimento para perceber estado de hipoglicemia; condição psicológica de cada pessoa; uso de outros fármacos; etilismo e outras drogas. A partir dessa diferenciação, a equipe de saúde deve trabalhar seguindo os três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Na prevenção primária da DM, removendo fatores

de risco com ênfase no controle do tabagismo, obesidade, sedentarismo, etilismo, associada a uma dieta alimentar saudável. Para isso é necessário promover ações de educação em saúde regularmente; planejar intervenções recreativas exclusivas e com a comunidade. Na prevenção secundária, deve-se identificar e tratar previamente a DM associando a fatores de risco e lesões em órgãos atingidos pela patologia. Para prevenção terciária, deve-se sintetizar, evitar ou atrasar a evolução da DM, e também prevenir a morte precipitada do indivíduo, auxiliando-o a reabilitação (OHARA; SAITO, 2014). A síntese dos pontos de modelagem da linha de cuidado do DM para a equipe de Atenção Básica dar início aos procedimentos de sistematização com o auxílio da gestão municipal e estadual estão nas páginas 21 e 22 do Caderno de Atenção Básica de número 36.

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90 \text{ mmHg}$). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A HAS é um problema de saúde pública relevante de difícil controle e alto custo, que possui elevado predomínio na população, além de ser o agente causador de graves doenças, como: insuficiência cardíaca, insuficiência renal e acidente vascular encefálico (SARI et. al., 2016).

O parâmetro da PA em crianças é solicitada em toda análise clínica após os 3 anos de idade, pelo menos uma vez ao ano, como papel da sua assistência pediátrica primária, respeitando as normatizações especificadas para os adultos. A compreensão dos valores de PA atingidos em crianças e adolescentes deve considerar a idade, o sexo e a altura. A HAS nesse grupo é declarada como pressão igual ou maior ao percentil 95 de distribuição da PA. Além disso, crianças apresentam hipertensão de consultório e efeito do avental branco, mas a atribuição do Mapa é escassa nesses indivíduos em especial, acima de tudo pela carência de padrões de normalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A incidência de HAS é diminuída em crianças, cerca de 1 – 2%, muito baixa quando comparada a incidência em adultos, porém, essa taxa se intensifica em associação com a obesidade em crianças saudáveis (SARI et. al., 2016). Segundo Rafraf et al, o aumento do IMC favorece a incidência da pré – hipertensão e hipertensão arterial (RAFRAF et al, 2010).

Existem vários fatores que contribuem para o desenvolvimento da HAS. Esses fatores podem ser classificados como: fatores não modificáveis (idade, hereditariedade, sexo, etnia) e fatores modificáveis (hábitos sociais; uso de anticoncepcionais; tabagismo; bebidas alcoólicas; sedentarismo; obesidade; hábitos alimentares; estresse). Como a obesidade é um fator de risco que pode ser modificado, quanto antes for descoberto e tomado às providências, mais eficiente será o tratamento e assim, menos provável o desenvolvimento da HAS. Portanto, para que a HAS não se desenvolva, é necessário mudança no estilo de vida das pessoas, principalmente as que apresentam obesidade como um desses fatores.

3.3 PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA - PSE

O Programa De Saúde Na Escola (PSE) constitui em um programa que visa interagir a saúde e educação como ferramenta de evolução e formação do cidadão e da qualificação das políticas públicas brasileiras. Segundo o ministério da saúde, o PSE pode ser desenvolvido em todos os municípios do país, sendo a Estratégia de Saúde da Família o principal responsável por desenvolver as ações de educação em saúde nas escolas.

A ação Brasil Carinhoso, que dispõe o Plano Brasil Sem Miséria, foi constituída pelo Governo Federal na concepção da atenção integral a saúde da criança, que abrange o repasse da renda e o complemento de políticas relacionadas à saúde e a educação. Objetivando incrementar o completo progresso da criança, a prevenção e o controle da insuficiência nutricional, o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério do Desenvolvimento e Combate a Fome, está apresentando o plano de fortalecimento da alimentação infantil com micronutrientes em pó, essa estratégia é denominada NutriSUS, que baseia – se na soma de um sachê integrando uma combinação de vitaminas e minerais em pó em uma das refeições ofertadas por dia as crianças (BRASIL, 2014).

O PSE classifica um grupo de escolas como prioritário nas ações de educação em saúde, esses grupos são: todas as creches e pré-escolas públicas ou conveniadas aos municípios; todas as escolas do campo de ação de determinada unidade de saúde; escolas participantes do PSE no ano anterior; escolas participantes do Programa Mais Educação no ano anterior; escolas que tiveram adolescentes em medidas socioeducativas no ano anterior e; escolas que tenham 50% dos alunos matriculados pertencentes a famílias beneficiadas com o Programa Bolsa Família (BRASIL, 2014).

As ações do PSE são classificadas com essenciais e optativas. As ações essenciais são as que têm como objetivo de mensurar e avaliar as medidas antropométricas, acompanhar a situação vacinal, além da saúde bucal e ocular, alimentação saudável, prevenção contra IST's, educação sexual, prevenção do uso de álcool e outras drogas, dentre outras ações voltadas à saúde dos estudantes. As ações optativas consistem intervenções voltadas para a saúde auditiva, desenvolver a linguagem, identificar possíveis sinais de doenças, prevenir a violência e os acidentes, saúde ambiental, atividades físicas, entre outras ações (BRASIL, 2014).

As intervenções em educação e saúde devem atentar para as inúmeras circunstâncias objetivando a realização construir compartilhar saberes mantidos pelas histórias individuais e de grupos, com valores sociais diferentes, propiciando um conhecimento expressivo e legitimando uma ética inclusiva (BRASIL, 2011).

As ações do PSE voltadas aos hábitos alimentares e cuidados em saúde são dificultadas devido ao uso excessivo de tecnologias e falta de atividade física. As empresas de fast - food estão investindo muito no marketing dos seus produtos, utilizando a mídia e os meios de comunicação para aumentar nitidamente o consumo desse tipo de alimentos. A globalização, o marketing exacerbado de alimentos processados, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos e respostas imediatas contribuem para o aparecimento da obesidade como uma questão social. A obesidade envolve complexa relação entre corpo-saúde-alimento e sociedade, uma vez que os grupos têm diferentes inserções sociais e concepções diversas sobre estes temas, que variam com a história. (BRASIL, 2014). Com isso, as escolas, apesar de tentar adaptar os hábitos alimentares das crianças, encontram certa resistência por parte da própria família, encontrando nos produtos industrializados um meio rápido e aceitável para a alimentação das crianças, mesmo que essa alimentação não seja adequada para o desenvolvimento das crianças, tornando difíceis os cuidados em saúde desenvolvidos pelo PSE.

4. METODOLOGIA

5.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

A referente pesquisa é do tipo descritivo - exploratório, de campo, com abordagem quantitativa. Para Gil (2010) a pesquisa descritiva determina aquela que permite constatar, assinalar, investigar e relacionar fatos. Segundo Zikmund (2000), as pesquisas exploratórias, normalmente, são adequadas para identificar acontecimentos, estudar possibilidades ou constatar novas concepções.

Para Richardson et. al., 2010, o método quantitativo é estabelecido pela utilização da mensuração tanto nas formas de coleta de informações quanto na abordagem dessas por intermédio de técnicas estatísticas. Visando, uma melhor nitidez dos frutos da pesquisa e evitar inconvenientes como déficit na investigação e compreensão.

5.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi autorizada através das assinaturas dos termos de anuência (ANEXOS A, B e C) e realizada em três escolas de ensino fundamental do Município de Umari no estado Ceará, sendo que essas escolas são duas da iniciativa privada e outra publica (municipal). O local foi escolhido observando a necessidade de compreender como esses alunos pertencentes ao interior do Ceará estão sendo assistidos, pelas instituições de ensino e pela própria família.

Umari é um município brasileiro do estado do Ceará, localizado na Microrregião de Lavras da Mangabeira, Mesorregião do Centro-Sul Cearense. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), sua população em 2010 era estimada de 7.545 habitantes.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os participantes do estudo foram 121 escolares com idade entre 5 a 10 anos regularmente matriculados em três escolas (localizadas na área urbana) do município de Umari – CE e 121 pais e/ou responsáveis de cada um deles. Essa faixa etária foi delimitada visando identificar o risco e/ou diagnóstico precoce de enfermidades que modificarão o estilo de vida da família, voltado exclusivamente para desenvolver ações de controle, auxiliando a

escola e a família a educarem as crianças o mais precocemente, visto que a frequência esperada de crianças não é conhecida devido à falta de estudos anteriores.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão estabelecidos para participação no estudo foram: crianças entre 5 (cinco) e 10 (dez) anos de idade regularmente matriculadas nas instituições de ensino onde foram coletados os dados e seus pais ou responsáveis, mediante preenchimento de um questionário semiestruturado (APÊNDICE A), que aceitem participar do estudo; crianças que comparecerem a escola no dia da pesquisa, autorizadas, com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) devidamente assinados pelos pais ou responsáveis.

Foram excluídos do estudo: as crianças com idade inferior a 5 (cinco) e superior a 10 (dez) anos de idade; crianças que no momento da mensuração das medidas antropométricas na escola, crianças, pais e/ou responsáveis que se recusaram a participar; crianças que não foram autorizadas pelos pais ou responsáveis condicionada a assinatura do TCLE, além das crianças que não assinarem o termo de assentimento para menores (APÊNDICE D), confirmando o interesse de participar da pesquisa antes da realização da mensuração das medidas ou estavam ausentes da escola no dia da coleta de dados.

5.5 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO

Para Marconi e Lakatos (2010), a coleta de dados é o momento do estudo em que se instaura o emprego das ferramentas desenvolvidas e dos procedimentos designados para tal ação (Marconi e Lakatos, 2010). A coleta de dados pode ser realizada utilizando instrumentos ou técnicas como: questionário, entrevista, observação, pesquisa documental ou bibliográfica, pesquisa – ação ou experimento (OLIVEIRA, 2011).

Após a aprovação do comitê de ética e pesquisa (ANEXO G), o pesquisador realizou a coleta de dados nas instituições de ensino. Durante a coleta de dados foram distribuídos Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o termo de assentimento para menores a fim de esclarecer a escola, pais e crianças que a pesquisa tem caráter científico e não utilizará de má fé, cabendo aos envolvidos desistirem da pesquisa caso queiram e os seus

dados não serão revelados, além do termo de assentimento para menores, devidamente assinados pela criança confirmando que aceita participar da pesquisa.

Os envolvidos no estudo assinaram os termos de consentimento e de assentimento, confirmaram que aceitavam participar da pesquisa, o pesquisador entregou aos pais um questionário semiestruturado de fácil linguagem a fim de se conhecer e descrever as variáveis sociodemográficas, distribuição e consumo alimentar da criança e pratica de exercícios físicos das crianças.

Os instrumentos de avaliação utilizados para coleta de dados foram um questionário sociodemografico, de frequência alimentar e pratica de atividades físicas (APÊNDICE A), além das medidas antropométricas: altura, peso, circunferência abdominal e calculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e gráfico de curva nutricional disponível na caderneta da criança do Ministério da Saúde para classificar o perfil nutricional (APÊNDICE B).

Foram agendadas reuniões nas instituições com os pais e/ou responsáveis para responderem os questionários, porem, poucos compareceram, cabendo ao pesquisador procurar cada um deles em suas casas, para que alcançasse uma amostra considerável. As crianças foram abordadas durante o período letivo, nas dependências das escolas, nos horários de funcionamento dos serviços, de acordo com a disponibilidade de cada uma. As medidas foram mensuradas em uma sala escolhida pela direção da escola onde foi possível manter a privacidade do escolar. A altura foi mensurada sem sapatos, na posição vertical, enquanto eles olham para frente e durante a inspiração. As medidas de peso foram obtidas com uma balança precisão 100 g. O IMC foi calculado utilizando a formula: $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$ (kg/m²), adequando os valores de acordo com o sexo e a idade para realizar cortes, como foi proposto por COLE, 2007. As medidas da circunferência abdominal foram obtidas utilizando uma fita métrica com precisão de 0,1 milímetros.

5.6 ANÁLISE DE DADOS:

Os dados coletados foram alimentados no programa Microsoft Excell 2010 por meio de planilhas. Posteriormente, houve uma comparação de estudos pertinentes e de relevância científica que corroborasse com o estudo. Ao final da pesquisa os dados foram analisados pelo o programa de estatística SPSS versão 24.0.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

As pesquisas exigem do pesquisador, ética em sua execução, consequentemente este estudo respeitou a natureza humana seguindo as orientações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, considerando todas as condições de liberdade do indivíduo, equidade, sem caráter perverso e imparcial, dentre as outras condições explícitas (BRASIL, 2012).

O estudo de campo foi iniciado após ser aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Após esclarecer os objetivos da pesquisa aos órgãos requisitados, assinatura do termo de anuência pelas instituições de ensino privado e secretaria de educação do município, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que deixou claro os objetivos da pesquisa, garantindo o anonimato e sigilo total as informações, como também o direito de aceitar ou não participar da pesquisa. O TCLE foi assinado em duas vias, sendo uma para o responsável pelo menor, uma para o pesquisador, contendo contatos telefônicos do mesmo, além do contato do CEP a que foi submetido à pesquisa. Assim como o Termo de Assentimento Para Menores também foi assinado em duas vias, sendo uma para o responsável pelo menor, uma para o pesquisador.

A pesquisa possui risco mínimo, já que não abrange a execução de estratégias de caráter invasivo. Mesmo assim, o estudo apresenta risco de constrangimento para as crianças devido à aferição dos dados antropométricos, porém a coleta ocorrerá em uma sala reservada para aferição do peso, altura e da circunferência abdominal, nem houve exposição do corpo da criança. Sendo assim, foi imprescindível a participação das crianças e familiares, buscando um benefício maior para prevenir ou diagnosticar precocemente o aparecimento de doenças crônicas, auxiliando família e escola a eliminarem fatores de risco para essas comorbidades.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Serão descritos neste tópico os dados pertinentes aos resultados da pesquisa, bem como a presença da discussão. Para a construção deste tópico o estudo constitui-se de divisões, onde no primeiro momento será exposto o perfil sociodemográfico, idade, sexo, renda per capita e religião. No segundo momento é enfatizado o estado nutricional dos escolares de acordo com a idade, circunferência abdominal do aluno, frequência de consumo de alimentos, finalizando pelas praticas de atividade física.

Tabela 1. Distribuição Dos Escolares De Acordo Com Idade e Sexo

		SEXO DO ALUNO		Total	%
		MASCULINO	FEMININO		
IDADE DO ALUNO	5 ANOS DE IDADE	11	5	16	13,2
	6 ANOS DE IDADE	18	15	33	27,3
	7 ANOS DE IDADE	8	7	15	12,4
	8 ANOS DE IDADE	15	9	24	19,8
	9 ANOS DE IDADE	7	9	16	13,2
	10 ANOS DE IDADE	9	8	17	14,0
TOTAL		68	53	121	
PORCENTAGEM		56,2	43,8	100,0	

Fonte: Própria da pesquisa, 2017.

Foram selecionados 121 escolares para avaliação mediante cumprimento de todas as etapas para inclusão do mesmo na pesquisa. Onde desses 121 selecionados, 68 (56,2%) eram do sexo masculino e 53 (43,8%) do sexo feminino. Em pesquisa realizada por Silva et. al. (2014), o numero de escolares do sexo feminino foi maior que do sexo masculino, com diferença de 7,6%, enquanto a diferença na pesquisa em análise foi de 12,4%, uma diferença considerável. A única idade em que o número de escolares do sexo feminino foi superior ao dos sexo masculino, foi dos escolares com 9 anos de idade.

A análise do perfil sociodemográfico dos escolares avaliados em relação à faixa etária, observou – se que a maioria dos investigados estava com 6 anos de idade, somando 33 (27,3%) escolares; 24 (19,8%) com 8 anos de idade; 17 (14,0%) com 10 anos de idade; 16

(13,2%) com 5 anos de idade; 16 (13,2%) com 9 anos de idade e 15 (12,4%) com 7 anos de idade, como exposto na Tabela 1.

Tabela 2. Tabela categorizada com as variáveis sociodemográficas, religião, e distribuição de renda.

VARIÁVEIS			FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
NUMERO DE PESSOAS RESIDENTES NA CASA			FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
2 PESSOAS			5	4,1
3 PESSOAS			30	24,8
4 PESSOAS			58	47,9
5 PESSOAS			14	11,6
6 PESSOAS			5	4,1
7 PESSOAS			4	3,3
8 PESSOAS			4	3,3
10 PESSOAS			1	0,8
TOTAL			121	100,0
RELIGIÃO			FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
EVAGÉLICO			23	19,0
CATÓLICO			96	79,3
SEM RESPOSTA			2	1,7
TOTAL			121	100,0
SALÁRIOS MÍNIMOS			FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
1 A <2 SALARIOS			41	33,9
>2 A <3 SALARIOS			12	9,9
>3 A <4 SALARIOS			8	6,6
> 4 A < 5 SALARIOS			2	1,7
> 5 A < 6 SALARIOS			3	2,5
>6 A <7 SALARIOS			1	0,8
BOLSA FAMILIA			45	37,2
VARIÁVEL			3	2,5
< 1 SALARIO			4	3,3
9 SALARIOS			1	0,8
SEM RESPOSTA			1	0,8
TOTAL			121	100,0

Fonte: Própria da pesquisa, 2017.

Nota: o salário mínimo vigente no país no momento da coleta de dados era R\$ 937,00.

De acordo com a tabela 2 contendo as variáveis sociodemográficas, observou – se que a grande maioria residem em uma família composta por 4 pessoas, somando 58 (47,9%); 30 (24,8%) residem em uma família com 3 pessoas; 14 (11,6%) residem em uma família com 5 pessoas; 5 (4,1%) residem em uma família com 2 pessoas; 5 (4,1%) residem em uma família

com 6 pessoas; 4 (3,3%) residem em uma família com 7 pessoas; 4 (3,3%) residem em uma família com 8 pessoas, e 1 (0,8%) reside em uma família com 10 pessoas.

A tabela ainda mostra que o numero de pessoas declaradas católicas é maior que as demais religiões, somando 96 (79,3%), enquanto 23 (19,0%) se auto declaram evangélicos e 2 (1,7%) relataram não seguir nenhuma religião.

A tabela com as variáveis sociodemográficas demonstra também a distribuição da renda familiar dos escolares, sendo que 45 (37,2%) deles tem como renda o Programa Bolsa Família, que segundo Martins (2014), o programa tem como objetivo complementar a renda, porém não assegura o suprimento das necessidades básicas familiares, apenas contribui para que essas famílias tenham condições mínimas de sobreviver; 41 (33,9%) de 1 a < 2 salários mínimos; 12 (9,2%) > 2 a < 3 salários mínimos; 8 (6,6%) > 3 a < 4 salários mínimos; 4 (3,1%) < 1salário mínimo; 3 (2,5%) >5 a < 6 salários mínimos; 3 (2,5%) relataram ter renda variável; 2 (1,7%) >4 a < 5 salários mínimos; 1 (0,8%) > 6 a < 7 salários mínimos; 1 (0,8%) 9 salários mínimos; e 1 (0,8%) não respondeu a pergunta.

O número prevalente de pessoas residentes por lar, juntamente com a prevalência da renda familiar no município, são fatores que podem influenciar diretamente nas condições de vida dessas famílias, sendo assim, a alimentação dessas famílias pode ser inadequada, devido as outras necessidades de uma família, e renda familiar insuficiente.

Tabela 3. Tabela de distribuição do estado nutricional dos escolares de acordo com a idade

	ESTADO NUTRICIONAL DOS ESCOLARES														Total	
	OBESIDADE GRAVE		OBESIDADE		SOBRE PESO		IMC ADEQUADO		BAIXO PESO		MAGREZA		MAGREZA ACENTUADA			
IDADE DO ESCOLAR	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
5 ANOS	1	0,8	0	-	2	1,7	9	7,4	4	3,3	0	-	0	-	16	13,3
6 ANOS	1	0,8	3	2,5	5	4,1	21	17,3	1	0,8	2	1,7	0	-	33	27,3
7	0	-	5	4	2	1,7	5	4,3	3	2	0	-	0	-	15	12,5

ANOS																2
																,4
8	1	0	4	3	1	0	11	9	5	4	1	0	1	0	24	1
ANOS																9
		8		3		8		1		1		8		8		,8
9	1	0	3	2	3	2	5	4	4	3	0	-	0	-	16	1
ANOS																3
		8		5		5		1		3						,3
10	0	-	0	-	3	2	10	8	3	2	1	0	0	-	17	1
ANOS																4
						5		3		5		8				,0
Total	4	3	15	1	16	1	61	5	20	1	4	3	1	0	12	1
				2		3		0		6					1	0
		3										3		8		0
				4		3		4		5						,0

Fonte: Própria da pesquisa, 2017.

Em relação ao estado nutricional dos escolares avaliados, utilizando o gráfico de curva nutricional da caderneta da criança do Ministério da Saúde do ano de 2007, observou – se que a maioria deles apresentaram um IMC adequado, 61 (50,4%) dos escolares, divididos da seguinte maneira: 9 (7,4%) estão com 5 anos de idade, 21 (17,3%) com 6 anos de idade, 5 (4,1%) com 7 anos de idade, 11 (9,1%) com 8 anos de idade, 5 (4,1%) com 9 anos de idade e 10 (8,3%) com 10 anos de idade.

O autor Silva, et al. (2014), realizou um estudo com escolares do município de Barbacena – MG, podendo ser constatado que 68% dos escolares estavam com IMC adequado, 31% estavam com excesso de peso e apenas 1% dos escolares com peso abaixo do esperado (SILVA et al., 2014).

Dentre os escolares avaliados 20 (16,5%) estão com baixo peso, divididos da seguinte maneira: 4 (3,3%) estão com 5 anos de idade, 1 (0,8%) com 6 anos de idade, 3 (2,5%) com 7 anos de idade, 5 (4,1%) com 8 anos de idade, 4 (3,3%) com 9 anos de idade e 3 (2,5%) com 10 anos de idade; 4 (3,3%) estão com magreza, divididos da seguinte maneira: 2 (1,7%) estão com 6 anos de idade, 1 (0,8%) com 8 anos de idade e 1 (0,8%) com 10 anos de idade; e 1 (0,8%) com 8 anos de idade está com magreza acentuada, sendo este aluno da escola pública, cuja a renda predominante é o Programa Bolsa Família.

Galiasso. et al. (2014), em pesquisa realizada com escolares em Mucajaí - RR em 2014, mostrou que a prevalência de escolares com peso abaixo do esperado é alarmante,

46,29% dos escolares, sendo que 43,46% estavam com o IMC adequado e apenas 10,24% dos escolares estavam com excesso de peso (GALIASSO et al, 2014). Diferença estatística considerável em relação a pesquisa em análise, e ainda maior se comparada a pesquisa em Florianópolis – SC.

As taxas de excesso de peso nos escolares investigados estavam elevadas, sendo que 16 (13,3%) apresentaram sobrepeso, divididos da seguinte maneira: 2 (1,7%) estão com 5 anos de idade, 5 (4,1%) com 6 anos de idade, 2 (1,7%) com 7 anos de idade, 1 (0,8%) com 8 anos de idade, 3 (2,5%) com 9 anos de idade e 3 (2,5%) com 10 anos de idade.

Identificou-se a presença de obesidade em 15 (12,4%) das crianças sendo as mesmas divididas da seguinte maneira: 3 (2,5%) estão com 6 anos de idade, 5 (4,1%) com 7 anos de idade, 4 (3,3%) com 8 anos de idade e 3 (2,5%) com 9 anos de idade; 4 (3,3%) estão com obesidade grave, divididos da seguinte maneira: 1 (0,8%) está com 5 anos de idade, 1 (0,8%) com 6 anos de idade, 1 (0,8%) com 8 anos de idade e 1 (0,8%) com 9 anos de idade, onde três desses escolares estudam em escolas da iniciativa privada e apenas um deles na escola publica, somando um percentil de 29% dos escolares com excesso de peso.

Em uma pesquisa realizada em Florianópolis – SC por Bernardo et al., (2012) evidenciou-se em um estudo parecido que 34,5% dos escolares apresentaram taxa de sobrepeso/obesidade (BERNARDO et al 2012). Apesar da diferença estatística de 5,6%, a pesquisa realizada em Umari ainda tem um índice muito alto, principalmente por ser uma cidade pequena onde a renda prevalente é o Programa Bolsa Família (PBF), o que contribui também para o elevado numero de escolares com IMC abaixo do esperado, sendo o PBF a renda prevalente, somado a elevada média de pessoas residentes nas casas, dificulta o consumo de alimentos considerados saudáveis por esses escolares. Esses dados demonstram que um grande número de escolares correm risco consideráveis de desenvolver doenças como: HAS, obesidade, DM, hipercolesterolemia, entre outros., assim como afirma Silva, (2013).

Segundo Silva, (2013), diz que o IMC alto ou baixo tem grandes chances de influenciar o crescimento e desenvolvimento das crianças, por estar relacionado ao aparecimento de varias doenças, sendo as doenças causadas por baixo peso corporal, raquitismo e escorbuto, e por excesso de peso, HAS, distúrbios psicossociais, hiperlipidemia, Síndrome metabólica (SM) e entre outros. Exposto na Tabela 3.

Tabela 4. Tabela de circunferência abdominal do aluno em centímetros.

MEDIDA EM CENTÍMETROS	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
50 A 55 CM	29	24,0
56 A 60 CM	47	38,8
61 A 65 CM	20	16,5
66 A 70 CM	11	9,1
71 A 75 CM	8	6,6
76 A 80 CM	1	0,8
81 A 85 CM	4	3,3
86 A 90 CM	1	0,8
TOTAL	121	100,0

Fonte: Própria da pesquisa, 2017.

A tabela 4 mostra a distribuição da circunferência abdominal dos escolares, sendo que a predominância em relação a essa medida é de 56 a 60 cm, somando 47 (38,8%) dos escolares; 29 (24,0%) com 50 a 55 cm; 20 (16,5%) com 61 a 65 cm; 11 (9,1%) com 66 a 70 cm; 8 (6,6%) com 71 a 75 cm; 4 (3,3%) com 81 a 85 cm; 1 (0,8%) com 76 a 80 cm; e 1 (0,8%) com 86 a 90 cm.

Segundo Campos (2011), crianças com circunferência abdominal acima de 71 cm, apresentam um risco maior de desenvolver problemas cardiovasculares (CAMPOS, F. A., 2011). No presente estudo, 14 (11,6%) dos escolares estão com 71 cm ou mais de circunferência abdominal, sendo esse um numero elevado e preocupante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares em crianças, considerando o numero de avaliados.

Tabela 5. Tabela de frequência do consumo de alimentos.

	CEREAIS		FRUTAS		VERDURAS/LEG.		LEITE/DERIVADOS		CARNE S/OVOS		LEGUMINOSAS		AÇÚCARES/DOCES		ÓLEOS/GORDURAS	
QUANTIDADE	FR EQ	%	FR EQ	%	FR EQ	%	FR EQ	%	FR EQ	%	FR EQ	%	FR EQ	%	FR EQ	%
1 OU 2 X / DIA	46	38,0	48	39,7	43	35,5	60	49,6	97	80,2	81	66,9	57	47,1	68	56,2
3 OU 4 X / DIA	63	52,1	29	24,0	5	4,1	34	28,1	13	10,7	2	1,7	30	24,8	21	17,4

5 OU 6 X / DIA	11	9, 1	3	2, 5			4	3, 3	1	0, 8			1	0, 8	3	2,5
> 7 X / DIA	1	0, 8	1	0, 8					1	0, 8	1	0, 8				
1 OU 2 X / SEMA NA			14	11 ,6	18	14 ,9	5	4, 1	3	2, 5	6	5, 0	7	5, 8	5	4,1
3 OU 4 X / SEMA NA			8	6, 6	7	5, 8	2	1, 7	1	0, 8	3	2, 5	5	4, 1	4	3,3
5 OU 6 X / SEMA NA			1	0, 8	1	0, 8	1	0, 8			2	1, 7			2	1,7
> 7 X / SEMA NA							1	0, 8	2	1, 7						

Fonte: Própria da pesquisa, 2017.

Tabela 6. Tabela de frequência do consumo de alimentos.

	CEREAIS		FRUTAS		VERDURAS/ LEG.		LEITE/ DERIVADOS		CARNE S/OVOS		LEGUMINOSAS		AÇÚCARES/ DOCES		ÓLEOS /GORDURAS	
QUANTIDADE	FR EQ	%	FR EQ	%	FR EQ	%	FR EQ	%	FR EQ	%	FR EQ	%	FR EQ	%	FR EQ	%
1 OU 2 X /QUIN ZENA					3	2, 5	1	0, 8					1	0, 8	2	1, 7
3 OU 4 X/ QUIN ZENA			2	1, 7			1	0, 8	1	0, 8			1	0, 8		
5 OU 6 X/ QUIN ZENA			2	1, 7									1	0, 8		
> 7 X/ QUIN ZENA					1	0, 8										
1 OU 2 X /MÊS			2	1, 7	4	3, 3	1	0, 8			3	2, 5	1	0, 8	1	0, 8
3 OU 4 X /MÊS													1	0, 8	1	0, 8
5 OU 6 X /MÊS					1	0, 8							1	0, 8		

> 7 X /MÊS																
NÃO COME			11	9,1	38	31,4	11	9,1	2	1,7	23	19,0	15	12,4	14	1,6
TOTAL	121	100,0	121	100,0	121	100,0	121	100,0	121	100,0	121	100,0	121	100,0	121	100,0

Fonte: Própria da pesquisa, 2017.

As tabelas 5 e 6 mostram a frequência do consumo de alimentos pelos escolares. Os alimentos utilizados para construção das tabelas foram de acordo com a pirâmide alimentar. A frequência de consumo foi avaliada de acordo com a memória dos pais e/ou responsáveis dos escolares, relatando se o mesmo consumia tais alimentos diariamente, semanalmente, quinzenalmente, mensalmente ou não comem, relatando também quantas vezes em média o escolar consome os alimentos.

De acordo com as tabelas 5 e 6, em relação ao consumo de cereais, 63 (52,1%) dos escolares consomem cereais 3 ou 4x/dia; 46 (38,0%) 1 ou 2x/dia; 11 (9,1%) 5 ou 6x/dia; e 1 (0,8%) mais de 7x/dia. Isso mostra que 100,0% dos escolares avaliados fazem consumo diário de cereais.

Em relação consumo de frutas, observou – se que a grande maioria dos avaliados consomem frutas 1 ou 2x/dia, somando 48 (39,7%) deles; 29 (24,0%) 3 ou 4x/dia; 14 (11,6%) 1 ou 2x/semana; 8 (6,6%) 3 ou 4x/semana; 3 (2,5%) 5 ou 6x/dia; 2 (1,7%) 3 ou 4x/quinzena; 2 (1,7%) 5 ou 6x/quinzena; 2 (1,7%) 1 ou 2x/mês; 1 (0,8%) mais de 7x/dia; 1 (0,8%) 5 ou 6x/semana; sendo que 11 (9,1%) dos escolares não consomem frutas.

Em relação ao consumo de verduras e legumes, a predominância está nos escolares que consomem 1 ou 2x/dia, somando 43 (35,5%) dos avaliados, seguido pelos escolares que não consomem verduras e legumes, somando 38 (31,4%) dos avaliados; 18 (14,9%) 1 ou 2x/semana; 7 (5,8%) 3 ou 4x/semana; 5 (4,1%) 3 ou 4x/dia; 4 (3,3%) 1 ou 2x/mês; 3 (2,5%) 1 ou 2x/quinzena; 1 (0,8%) 5 ou 6x/semana; 1 (0,8%) mais de 7x/quinzena; 1 (0,8%) 5 ou 6x/mês.

Em relação ao consumo de leite e derivados, 60 (49,6%) dos escolares consomem esses alimentos 1 ou 2x/dia; 34 (28,1%) 3 ou 4x/dia; 5 (4,1%) 1 ou 2x/semana; 4 (3,3%) 5 ou 6x/dia; 2 (1,7%) 3 ou 4x/semana; 1 (0,8%) 5 ou 6x/semana; 1 (0,8%) mais de 7x/semana; 1

(0,8%) 1 ou 2x/quezena; 1 (0,8%) 3 ou 4x/quezena; 1 (0,8%) 1 ou 2x/mês; sendo que 11 (9,1%) dos escolares não consomem leite e derivados.

Em relação ao consumo de carnes e ovos, 97 (80,2%) dos escolares consomem carnes e ovos diariamente 1 ou 2x/dia; 13 (10,7%) 3 ou 4x/dia; 3 (2,5%) 1 ou 2x/semana; 2 (1,7%) mais de 7x/semana; 1 (0,8%) 5 ou 6x/dia; 1 (0,8%) mais de 7x/dia; 1 (0,8%) 3 ou 4x/semana; 1 (0,8%) 3 ou 4x/quezena; e 2 (1,7%) não comem carnes e ovos.

Com relação ao consumo de leguminosas, 81 (66,9%) dos escolares comem diariamente 1 ou 2x/dia; 6 (5,0%) deles consomem 1 ou 2x/semana; 3 (2,5%) 3 ou 4x/semana; 3 (2,5%) 1 ou 2x/mês; 2 (1,7%) 3 ou 4x/dia; 2 (1,7%) 5 ou 6x/semana; 1 (0,8%) mais de 7x/dia; e 23 (19,0%) não consomem leguminosas.

Com relação ao consumo de açúcares e doces, 57 (47,1%) dos avaliados consomem 1 ou 2x/dia; 30 (24,8%) 3 ou 4x/dia; 7 (5,8%) 1 ou 2x/semana; 5 (4,1%) 3 ou 4x/semana; 1 (0,8%) 5 ou 6x/dia; 1 (0,8%) 1 ou 2x/quezena; 1 (0,8%) 3 ou 4x/quezena; 1 (0,8%) 5 ou 6x/quezena; 1 (0,8%) 1 ou 2x/mês; 1 (0,8%) 3 ou 4x/mês; 1 (0,8%) 5 ou 6x/mês; e 15 (12,4%) não comem açúcares e doces.

Finalizando as tabelas de frequência de consumo de alimentos estão os óleos e gorduras, onde 68 (56,2%) dos avaliados fazem uso diário de 1 ou 2x/dia; 21 (17,4%) 3 ou 4x/dia; 5 (4,1%) 1 ou 2x/semana; 4 (3,3%) 3 ou 4x/semana; 3 (2,5%) 5 ou 6x/dia; 2 (1,7%) 5 ou 6x/semana; 2 (1,7%) 1 ou 2x/quezena; 1 (0,8%) 1 ou 2x/mês; 1 (0,8%) 3 ou 4x/mês; e 14 (11,6%) não fazem uso de óleos e gorduras nas refeições.

Na presente investigação, constatou – se que o consumo de alimentos de risco a saúde é consumido diariamente por grande parte dos escolares, o consumo de óleos e gorduras, açúcares e doces são respectivamente 56,2% e 47,1%. Enquanto isso, o consumo de alimentos protetores diariamente, frutas, verduras e legumes, são respectivamente 39,7% e 35,5%, o que revela que o consumo de alimentos de risco a saúde, pode estar relacionado ao grande numero de escolares com excesso de peso.

O Pesquisador Fagundes et al., (2008), em pesquisa realizada com escolares da região de Parelheiros do município de São Paulo, relatou um grande numero de crianças obesas e relacionou a alimentação inadequada, onde a maioria desses escolares, além do almoço em casa, fariam uma segunda refeição semelhante ao almoço com a merenda escolar, o que contribuía para o aumento da taxa de obesidade. Além disso, relatou que muitos deles tem o habito de comer entre as refeições, deixando de jantar, porém, omitir refeições também

TOTAL	PRATICA	SIM	32	11	7	1	11	38	100	82,6
	ATIVIDADE	NÃO	0	0	0	0	0	0	21	17,4
	FÍSICA									
	TOTAL		32	11	7	1	11	38	121	100,0

Fonte: Própria da pesquisa, 2017.

De acordo com a tabela 7 relativa a pratica de atividade física dos escolares, 100 (82,6%) dos escolares praticam algum tipo de atividade física e 21 (17,4%) não praticam, sendo que 24 (19,8%) deles preferem a pedalada de bicicleta; 23 (19,0%) preferem a corrida; 12 (9,9%) relataram praticar pedalada e futebol; 11 (9,1%) dos escolares preferem jogos e brincadeiras, atividades físicas praticadas na escola durante as aulas de educação física; 10 (8,3%) praticam apenas o futebol; 8 (6,6%) preferem corrida e futebol; 6 (4,9%) corrida, pedalada e futebol; 3 (2,5%) preferem a corrida e a pedalada; apenas 1 (0,8%) relataram praticar a caminhada como atividade física; 1 (0,8%) corrida, pedalada e dança; e 1 (0,8%) prefere pedalada, queimado e pular corda.

Segundo Fagundes et al. (2008), a menor ocorrência de pratica de atividade física esteve presente nos escolares considerados obesos e em escolares com sobrepeso, porém, relatou que nenhum achado em relação a essas atividades se mostrou relevante no estudo, sendo que as aulas de Educação Física eram obrigatórias (FAGUNDES et al., 2008). A pesquisa em análise se assemelha com os achados de Fagundes et al. (2008), onde a Educação física é obrigatória e mesmo assim há um elevado índice de sobrepeso/obesidade, porém, muitos dos investigados não têm o hábito de praticar atividades físicas diariamente.

Ainda segundo a tabela 7, 38 (31,4%) dos escolares praticam atividades físicas 7x/semana; em contrapartida 32 (26,4%) relataram praticar atividades físicas apenas 1x/semana; 11 (9,1) 2x/semana; 11 (9,1%) 5x/semana; 7 (5,6%) 3x/semana; e apenas 1 (0,8%) pratica atividade física 4x/semana.

Apesar dos dados referirem um quantitativo satisfatório dos escolares em relação às práticas de atividade físicas, há um demonstrativo significativo de alunos que não praticam ou praticam apenas uma vez por semana, somando 53 (43,8%) dos escolares, justamente nas aulas de educação física. Sendo assim, a falta de exercícios ou a pratica reduzida de atividade, podem favorecer para que o escolar cresça com o IMC inadequado, aumentando o risco de sobrepeso, obesidade ou até mesmo obesidade grave na vida adulta, favorecendo o desenvolvimento de doenças por excesso de peso, associado ao sedentarismo de grande quantidade dos escolares.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou que os resultados encontrados se assemelham com alguns estudos realizados no Brasil, já citados anteriormente. As medidas antropométricas são medidas simples e de extrema relevância para identificar os riscos de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nos escolares de 5 a 10 anos de idade. Esses estudos que buscam identificar doenças crônicas na infância são muito importantes para tomar precauções que evitem que os adultos sejam acometidos, fazendo com que os gastos com a saúde pública diminuam, partindo do pressuposto de que é mais fácil prevenir do que tratar.

Os altos índices de excesso e de baixo peso descobertos perante a análise dos investigados, mostra a necessidade de ações preventivas nas escolas, porém, fazendo com que a família participe dessas ações, para termos um elevado índice de mudança nos hábitos dos escolares, para que possamos ter intervenções e um bom desenvolvimento biopsicossocial dos mesmos.

Apesar da prevalência do estado nutricional ser de escolares com o IMC adequado, o alto índice de excesso de peso é preocupante por estar associado em pesquisas nacionais com índices elevados de HAS, hipercolesterolemia, doenças cardiovasculares, hiperglicemia. Sabendo que crianças com elevações semelhantes, são potenciais adultos com doenças crônicas não transmissíveis.

Com relação ao IMC abaixo do esperado, mostrou – se uma deficiência na alimentação e excesso de atividades físicas por parte dos escolares, evidenciado pela grande quantidade de escolares que não consomem alimentos protetores como frutas, legumes e verduras.

A escola deve desenvolver ações de incentivo a um estilo de vida saudável, onde o escolar com IMC inadequado possa desenvolver hábitos para chegar a níveis considerados normais e os escolares que estão com o IMC adequado possa manter os níveis como estão. Porém, as praticas de atividades físicas realizadas apenas nas escolas, não são suficientes para manter um estilo de vida saudável, por serem realizadas apenas uma vez por semana.

A pesquisa demonstra que muitos dos escolares levam um estilo de vida sedentário, pois as escolas e o município como um todo, não disponibilizam condições para realização de ações de incentivo a mudança de hábitos. A análise do perfil sociodemográfico, contribuiu para descobrir que a renda predominante no município é o PBF, que por sua vez, não é

suficiente para que essas famílias tenham uma alimentação saudável e um estilo de vida que proporcione praticas regulares de exercícios físicos.

Como sugestão, recomenda – se a realização de mais estudos que possam contribuir para manter atualizadas as informações quanto às medidas antropométricas e os hábitos de vida de crianças e adolescentes, visando ações de prevenção e manutenção a saúde desde a infância até a vida adulta.

REFERÊNCIAS:

ALVES, C.R.L.; MOULIN Z.S. **Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação**. Belo Horizonte: Coopmed; 2008.

BERNARDO, C.O.; PUDLA, K.J.; LONGO, G.Z.; VASCONCELOS, F.A.G.de. **Fatores associados ao estado nutricional de escolares de 7 a 10 anos; aspectos sociodemográficos, de consumo alimentar e estado nutricional dos pais**. Ver Bras. Epidemiol. 2012; 15(3): 651 – 661.

BRASIL. C.N.deS. (Brasil). **Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

_____. M.daS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. M.daS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

_____. M.daS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Saúde na Escola (PSE) – Passo a Passo Para Adesão** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. M.daS. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição / Departamento de Atenção Básica. **Programa de Saúde na Escola (PSE) – Encontro com Referências Estaduais de Alimentação e Nutrição** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

_____. M.daS. Departamento de Atenção Básica. **Portaria GM n. 1130 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)** / / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPOS, F.A. **Excesso de peso, Gordura Corporal e Pressão arterial alterada em crianças de seis a dez anos em uma Escola de Porto Alegre, RS.** 2011.46f. Monografia (Graduação em Bacharel em Nutrição)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

FAGUNDES A.L.N.; RIBEIRO D.C.; NASPITZ L.; GARBELINI L.E.B.; VIEIRA J.K.P.; SILVA, A.P. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da região de Parelheiros do município de São Paulo.** Rev. Paul Pediatr 2008; 26(3): 212-7.

GALIASO, C.A.F.; SOUZA, C.H.M. DE; PINTO, R.F.; TAKEHARA, J.C. **O perfil nutricional de escolares de 6 a 10 anos da rede municipal da sede de Mucajaí – Roraima – Brasil.** Nucleus, v.11, n.2, out.2014: 113 – 124.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEAL, D.T.; FIALHO, F.A.; DIAS, I.M.A.V.; NASCIMENTO, L.; ARRUDA, W.C. **A vivencia dos familiares de crianças e adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1.** Ver. Eletr. Enf., 2012.

MACEDO, IP. **Acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança: uma intervenção integrada entre enfermagem e família.** [dissertação]. Natal(RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 7ª Edição. São Paulo: Atlas, p. 149, 2010.

MARTINS, Y.V. **O programa bolsa família no enfrentamento à vulnerabilidade sócio-familiar: um estudo realizado com famílias atendidas pelo CRAS Angorá – Itaitinga-CE** / Yara Viana Martins. Fortaleza – 2014.

MELLO D.F.; TONETE V.L.P.; SILVA M.A.I. **Atenção básica a saúde da criança.** In: Fujimori E, Ohara CVS, organizadores. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica.** São Paulo: Manole; 2009.

MONTARROYOS E.C.L.; COSTA K.R.L.; FORTES R.C. **Antropometria e sua importância na avaliação do estado nutricional de crianças escolares.** Com. Ciências Saúde. 2013.

MONTEIRO A.I.; MACEDO I.P.; SANTOS A.D.B.; ARAÚJO W.M. **A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança.** Rev RENE [Internet]. 2011 Jan-Mar [cited 2012 Jan 18];12(1):73-80. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/125/40>.

OHARA, E.C.C.; SAITO, R.X.S.; **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade.** 3.ed. São Paulo, 2014.

OLIVEIRA, M. F. de. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração** / Maxwell Ferreira de Oliveira. -- Catalão: UFG, 2011.

RAFRAF, M.; GARGARI, B.P.; SAFAIYAN, A. **Prevalence of prehypertension and hypertension among adolescent high school girls in Tabriz, Iran**. Food Nutr Bull, 2010.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 3ª Edição, 11 reimpressão, p. 70, 2010.

SANTOS A.L.B.; LEÃO L.S.C.S. **Perfil antropométrico de pré-escolares de uma creche em Duque de Caxias**, Rio de Janeiro. Rev Paul Pediatr 2008.

SARI, H.Y.; YILMAZ, M.; SERIN, E.; KISA, S.S.; YESILTEPE, O.; TOKEM, Y.; ROWLEY, H. **Obesidade e hipertensão em adolescentes e adultos com deficiência intelectual**. Acta paul. Enferm. Vol.29 no.2 São Paulo, 2016.

SCHMIDT M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, [S.l.], v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, June 2011.

SILVA, G. F. da, **Fatores De Risco Para O Desenvolvimento De Doenças Crônicas Não Transmissíveis Em Escolares Do Ensino Público: Um Estudo De Caso**. 2013. Monografia (graduação em Educação Física do Núcleo de Saúde) - Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho – Rondônia, 2013.

SILVA, N.C. da; SANTOS, M.deL.deA.; PEREIRA, J.deA.R. **Avaliação do estado nutricional de escolares do ensino fundamental, composição química e aceitabilidade da merenda escolar ofertada por escolas públicas do município de Barbacena, MG**. V Simpósio de Pesquisa e Inovação / IV Seminário de Iniciação Científica do IF Sudeste MG - Câmpus Barbacena. V.1, n.1, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Hipertensão**, [S.l.], v. 13, ano 13, p. 1-51, jan./fev./mar. 2010.

ZIKMUND, W. G. **Business research methods**. 5 ed. Fort Worth, TX: Dryden, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A: QUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO, DE FREQUENCIA ALIMENTAR E PRATICA DE ATIVIDADES FISICAS

Data: ____ / ____ / ____ Iniciais _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS ESCOLARES PARTICIPANTES DA PESQUISA

Idade _____ Escolaridade _____

Qual a sua religião? _____

Número de pessoas residentes na casa? _____

Qual é a sua renda familiar? _____

2. DADOS REFERENTES AO OBJETIVO DA TEMÁTICA EM ESTUDO:

Quantas vezes a criança se alimenta com:

ALIMENTOS	DIARIA	SEMANAL	QUINZENAL	MENSAL
CEREAIS(pão, massas, arroz, batata, mandioca)				
FRUTAS				
VERDURAS E LEGUMES				
LEITE E DERIVADOS				
CARNES (peixe, ave e boi) E OVOS				
LEGUMINOSAS (feijão, soja, ervilha)				
ÓLEOS E GORDURAS (margarina, frituras, óleos e gorduras saturadas a trans)				
AÇUCARES E DOCES				

Seu filho (a) pratica atividades físicas? () SIM () NÃO, se sim quantas vezes por semana?

Quais atividades físicas o seu filho (a) praticam?

() Corrida

() Natação

() Pedala de bicicleta

() Outras. Quais? _____

APENDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

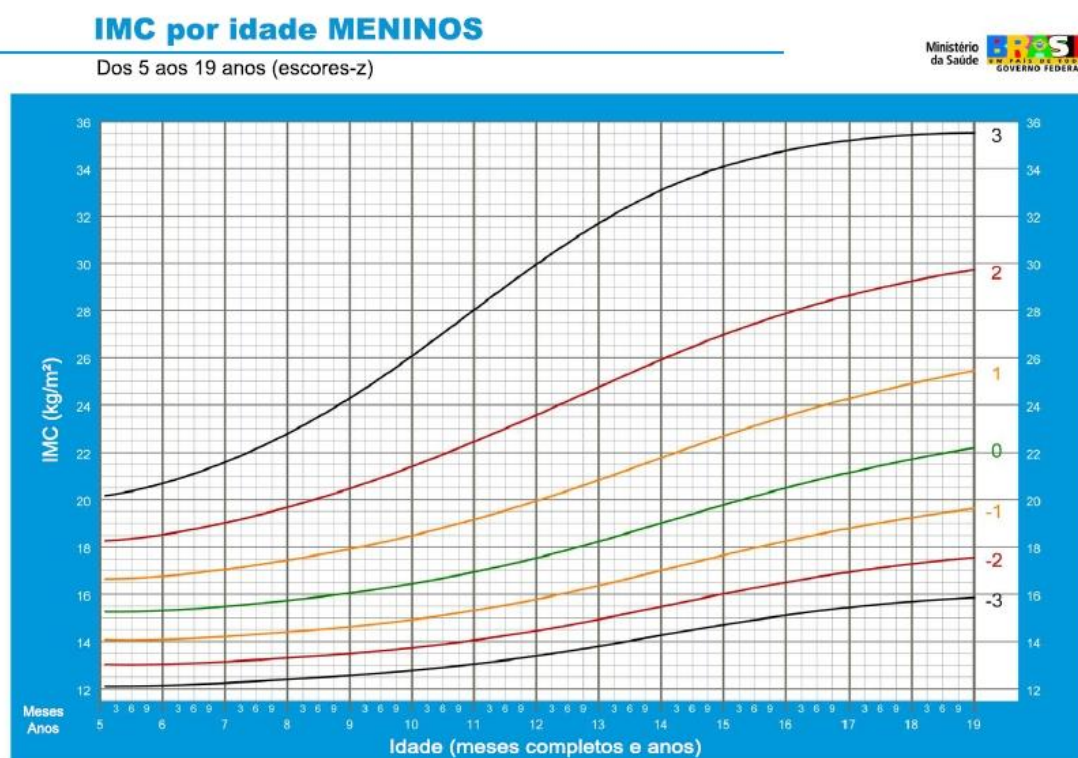
Iniciais: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Medidas antropométricas:

Peso - _____ Altura - _____ Circunferência abdominal - _____ IMC - _____

GRÁFICO DA CURVA NUTRICIONAL POR SEXO

MENINOS

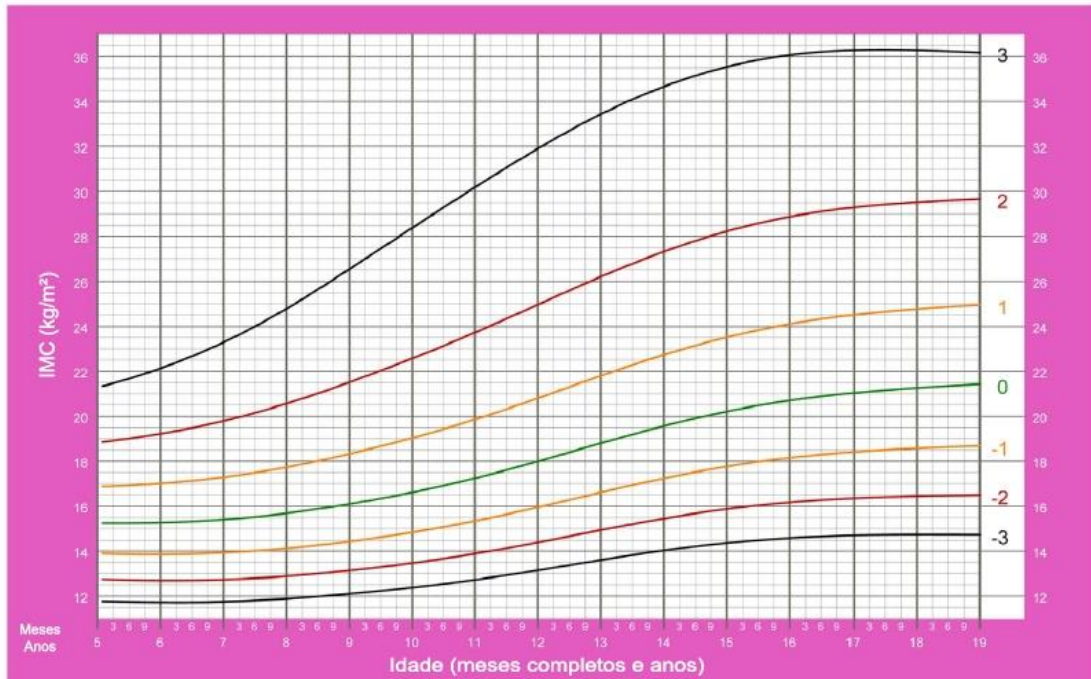


Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

MENINAS

IMC por idade MENINAS

Dos 5 aos 19 anos (escores-z)

Ministério
da Saúde
GOVERNO FEDERAL

Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “**Fatores Potenciais Para o Desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Escolares de 05 A 10 Anos de Idade: No Interior do Ceara**” sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof^a Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezário e Francisco Everardo Silva Vieira. Nesta pesquisa nós estamos buscando **avaliar o índice de massa corporal (IMC) de** crianças na faixa etária de 05 a 10 anos, descrever as variáveis sociodemográficas e correlacionar os achados aos possíveis fatores potenciais para desenvolver doenças crônicas não transmissíveis.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Francisco Everardo Silva Vieira nas próprias Instituições de Ensino da cidade de Umari, CE, onde será realizada a pesquisa, devidamente assinados pelos pais dos escolares em um momento previamente adequado para ambos. Na sua participação você irá responder um questionário sociodemográfico objetivo sobre os hábitos alimentares do seu (a) filho (a) e será realizada a mensuração das medidas antropométricas do seu filho (a).

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. O estudo apresenta risco de constrangimento para as crianças devido à aferição dos dados antropométricos, porém a coleta ocorrerá em uma sala reservada para aferição do peso, altura e da circunferência abdominal, não terá nenhum procedimento invasivo e muitos menos haverá exposição do corpo da criança, devido ao tipo de abordagem, além disso, poderá transcorrer insatisfação do entrevistado devido à abordagem dos hábitos alimentares da criança. A partir do momento que os fatores de risco forem identificados, a escola, juntamente com a família, poderão buscar alternativas para mudar o estilo de vida dos alunos e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dessas crianças, prevenindo o desenvolvimento dessas doenças, sendo esse um dos pontos positivos do estudo, além de manter o controle do estado nutricional dos alunos, regular a alimentação tanto em casa como na escola e identificar a necessidade de uma busca mais detalhada para um possível diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: **Francisco Everardo Silva Vieira (88) 98888-1507**; e Orientador da pesquisa **Profª Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezario: (83)99940-0655**.

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro - CEP-HUAC encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: Telefone: (83) 2101 - 5545 - Rua Dr. Carlos Chagas, s/ nº, edifício do Hospital Universitário Alcides Carneiro Bairro São José, Campina Grande – PB, CEP: 58401 - 490. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Umari, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

APÊNDICE D: TERMO DE ASSENTIMENTO PARA MENORES

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **“Fatores Potenciais Para o Desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Escolares de 05 A 10 Anos de Idade: No Interior do Ceara”**. Seus pais permitiram que você participasse.

Queremos **avaliar o índice de massa corporal de** crianças na faixa etária de 05 a 10 anos e correlacionar os achados aos possíveis fatores potenciais para DM e HAS.

As crianças que irão participar desta pesquisa têm de 05 a 10 anos de idade.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será realizada na escola, onde as crianças serão pesadas e aferidas a circunferência abdominal e a altura, bem como será mensurada os dados a fim de calcular o IMC. Para isso, será utilizada uma balança e uma fita métrica. O uso da balança e da fita métrica é considerado seguro. O estudo apresenta risco de constrangimento para as crianças devido à aferição dos dados antropométricos, porém a coleta ocorrerá em uma sala reservada para aferição do peso, altura e da circunferência abdominal, não terá nenhum procedimento invasivo e muitos menos haverá exposição do corpo da criança, devido ao tipo de abordagem, além disso, poderá transcorrer insatisfação do entrevistado devido à abordagem dos hábitos alimentares da criança. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones (83)999400655 e da pesquisadora Paula Frassinetti Oliveira Cezário e Francisco Everardo Silva Vieira (88) 98888-1507;

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar. Eu escrevi os telefones na parte de cima deste texto.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa (“Fatores Potenciais Para o Desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Escolares de 05 a 10 Anos de Idade: No Interior do Ceara”).

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar furioso.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro - CEP-HUAC encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: Telefone: (83) 2101 - 5545 - Rua Dr. Carlos Chagas, s/ nº, edifício do Hospital Universitário Alcides Carneiro, Bairro São José, Campina Grande – PB, CEP: 58401 - 490. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Umari, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) menor

Assinatura do (a) pesquisador (a)

ANEXOS

ANEXO A: TERMO DE ANUÊNCIA ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL VIDAL MARIA TEIXEIRA



ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL VIDAL MARIA TEIXEIRA

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “**FATORES POTÊNCIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM ESCOLARES DE 05 A 10 ANOS DE IDADE: NO INTERIOR DO CEARÁ**” a ser desenvolvida pelo pesquisador Francisco Everardo Silva Vieira, sob a orientação da Professora Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezario, está autorizada a ser desenvolvida por este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Escola de Ensino Fundamental Vidal Maria Teixeira, fica condicionado a apresentação da Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto a Comissão de Ética em Pesquisa – CONEP, ao serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,

Umari – CE, 05 de Dezembro de 2016.

Solange Teixeira Gonçalves de Freitas

Solange Teixeira Gonçalves de Freitas

Escola de Ensino Fundamental Vidal Maria Teixeira

Solange Teixeira Gonçalves de Freitas
DIRETORA
Parócer: 0277/2308

ANEXO B: TERMO DE ANUÊNCIA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO –
UMARI, CE



PREFEITURA MUNICIPAL DE UMARI
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada "**FATORES POTÊNCIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM ESCOLARES DE 05 A 10 ANOS DE IDADE: NO INTERIOR DO CEARA**" a ser desenvolvida pelo pesquisador Francisco Everardo Silva Vieira, sob a orientação da Professora Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezario, está autorizada a ser desenvolvida por este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Educação de Umari, fica condicionado a apresentação da Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto a Comissão de Ética em Pesquisa – CONEP, ao serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,

Umari – CE, 05 de Dezembro de 2016.


Robson Miguel da Silva

Secretaria Municipal de Educação

Robson Miguel da Silva
SECRETÁRIO DE EDUCAÇÃO
PORT. Nº 188/2014

ANEXO C: TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUTO DE EDUCAÇÃO GAMALIEL



INSTITUTO DE EDUCAÇÃO GAMALIEL

A ESCOLA AMIGA DA FAMÍLIA

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “**FATORES POTÊNCIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM ESCOLARES DE 05 A 10 ANOS DE IDADE: NO INTERIOR DO CEARA**” a ser desenvolvida pelo pesquisador Francisco Everardo Silva Vieira, sob a orientação da Professora Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezario, está autorizada a ser desenvolvida por este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço do Instituto de Educação Gamaliel, fica condicionado a apresentação da Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto a Comissão de Ética em Pesquisa – CONEP, ao serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,

Umari – CE, 05 de Dezembro de 2016.

Geralda Gouveia Brasil

Instituto de Educação Gamaliel

Geralda Gouveia Barros
RETORA - RG- 3883824-98
Mat. 370

ANEXO D: TERMO DE COMPROMISSO DO ORIENTADOR



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
COORDENAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
UNIDADE ACADEMICA DE ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO DE ORIENTAÇÃO

Eu, Professora Paula Frassinetti Oliveira Cezário, comprometo-me a orientar o discente FRANCISCO EVERARDO SILVA VIEIRA, Matrícula 212220057, durante o período 2016.2 no desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC intitulado “Fatores Potenciais Para o Desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Escolares de 05 A 10 Anos de Idade: No Interior do Ceara”, componente obrigatório para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande.

Cajazeiras, 06 de Dezembro de 2016.

A handwritten signature in dark ink, reading 'Paula Frassinetti Oliveira Cezário', is written over a horizontal line.

Prof. Paula Frassinetti Oliveira Cezário

ANEXO E: TERMO DE COMPROMISSO DO ORIENTANDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
COORDENAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO DO ORIENTANDO

Eu, Francisco Everardo Silva Vieira, graduando do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, matrícula de número 212220057, comprometo-me a participar da pesquisa intitulada “FATORES POTENCIAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM ESCOLARES DE 05 A 10 ANOS DE IDADE: NO INTERIOR DO CEARÁ”, tendo orientação da Professora Especialista Paula Frassinetti Oliveira Cezário.

Cajazeiras, 06 de Dezembro de 2016.

A handwritten signature in blue ink, reading 'Francisco Everardo S. Vieira', is written over a horizontal line.

Francisco Everardo Silva Vieira

ANEXO F: TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Termo de Compromisso de divulgação dos resultados

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “FATORES POTENCIAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM ESCOLARES DE 05 A 10 ANOS DE IDADE: NO INTERIOR DO CEARÁ” assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Campina Grande, 14 de DEZEMBRO de 2016.

Paula Praxinetti Oliveira Gai
Orientadora

Francisco Everardo S. Vieira
Orientando

ANEXO G: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores potenciais para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis em escolares de 05 a 10 anos no interior do ceará

Pesquisador: Paula Frassinetti Oliveira Cezário

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63122016.9.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.950.552

Apresentação do Projeto:

Avalia-se o projeto "Fatores Potenciais para o Desenvolvimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis em Escolares de 05 a 10 anos de Idade: no interior do ceará", que tem como instituição proponente a Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

Trata-se de estudo descritivo - exploratório, de campo, com abordagem quantitativa, o qual propõe avaliar o perfil nutricional de crianças com idade entre cinco e dez anos correlacionando com fatores potenciais para Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. A coleta de dados será realizada em três escolas de ensino fundamental do Município de Umari no Estado do Ceará.

Os participantes do estudo serão recrutados entre os escolares com idade entre 5 a 10 anos regularmente matriculados nas três escolas selecionadas e seus pais ou responsáveis que preencherem os critérios de inclusão. Para coleta de dados com os pais será aplicado questionário semiestruturado pois que contemplará: variáveis sociodemográficas, distribuição e consumo alimentar da criança e prática de exercício físico pelas crianças.

Por outro lado, com as crianças será realizada abordagem direta através da aferição de medidas antropométricas: altura, peso, circunferência abdominal e cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), os quais permitirão classificar o perfil nutricional.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.950.552

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Avaliar o Índice de massa corporal de crianças na faixa etária de 05 a 10 anos e correlacionar os achados aos possíveis fatores potenciais para DM e HAS.

Objetivos específicos:

- Descrever as variáveis sociodemográficas correlacionando aos possíveis fatores potenciais para o acometimento de diabetes;
- Mensurar e registrar estatura, o peso corporal, circunferência abdominal, bem como realizar cálculo do IMC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: o risco referido pelos pesquisadores consiste da possibilidade de constrangimento para as crianças, em virtude da exposição durante a coleta de dados antropométricos. Assim como, a insatisfação por parte dos responsáveis quanto à abordagem dos hábitos alimentares da criança.

Benefícios: os pesquisadores referem que a identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas em escolares possibilitará que a escola junto à família promova intervenções de prevenção no sentido de mudanças no padrão alimentar e de estilo de vida das crianças.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a sociedade, a qual trará benefícios às crianças colaboradoras, aos seus pais, aos serviços educacionais e a comunidade científica a qual os resultados serão apresentados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram a seguinte documentação:

- 1-Projeto de Pesquisa;
- 2- Folha de rosto
- 3- Informações Básicas do Projeto de Pesquisa;
- 4- Declaração de Divulgação dos Resultados;
- 5- Termos de anuência institucional;
- 6- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE;
- 7- Instrumento a ser utilizado para coletar as informações;
- 8- Termo de Compromisso de Orientação;

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n.
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 1.950.552

9- Cronograma de atividades;

10- Termo de Compromisso dos Pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do que foi exposto pelo pesquisador ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HUAC/ UFCG, o projeto encontra-se de acordo com as atribuições definidas na Resolução Nº 466, de 12 Dezembro de 2012, bem como embasado na carta circular número 122/2012 CONEP/CNS/MS, portanto não apresenta pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_831661.pdf	22/02/2017 14:29:11		Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermopesquisadorFrancisco.pdf	22/02/2017 14:27:48	Paula Frassinetti Oliveira Cezário	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termodecompromissopesquisador.pdf	22/02/2017 13:58:18	Paula Frassinetti Oliveira Cezário	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeassentimentoparaMENORES.pdf	22/02/2017 13:57:35	Paula Frassinetti Oliveira Cezário	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/02/2017 13:57:13	Paula Frassinetti Oliveira Cezário	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFrancisco.pdf	22/02/2017 13:56:30	Paula Frassinetti Oliveira Cezário	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termodedivulgacao.pdf	16/12/2016 23:21:05	Paula Frassinetti Oliveira Cezário	Aceito
Orçamento	IdentificacaodoOrcamento.pdf	06/12/2016 19:34:42	Paula Frassinetti Oliveira Cezário	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CRONOGRAMADEATIVIDADES.pdf	06/12/2016 19:28:14	Paula Frassinetti Oliveira Cezário	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SECRETARIAMUNICIPALDEEDUCACAO.pdf	06/12/2016 19:13:01	Paula Frassinetti Oliveira Cezário	Aceito

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.950.552

Declaração de Pesquisadores	Declarar.pdf	06/12/2016 19:11:25	Paula Frassinetti Oliveira Cezário	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	GAMALIEL.pdf	06/12/2016 19:09:50	Paula Frassinetti Oliveira Cezário	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ESCOLAVIDAL.pdf	06/12/2016 19:09:34	Paula Frassinetti Oliveira Cezário	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	06/12/2016 19:08:47	Paula Frassinetti Oliveira Cezário	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	06/12/2016 19:06:26	Paula Frassinetti Oliveira Cezário	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 06 de Março de 2017

Assinado por:
Januse Nogueira de Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José **CEP:** 58.107-670

UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br