

Saúde e nutrição em escolas públicas e privadas de Recife

Myrtis de Assunção Bezerra ¹

Eduardo Freese de Carvalho ²

Juliana Souza Oliveira ³

Vanessa Sá Leal ⁴

^{1,2} Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Av Prof. Moraes Rego, s.n. Campus UFPE. Cidade Universitária. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.740-465. E-mail: myrtis_nut@yahoo.com.br

^{3,4} Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

Resumo

Objetivos: avaliar a implementação de iniciativas e ambientes promotores da alimentação saudável e da prática de atividade física em escolas públicas e privadas de Recife.

Métodos: as escolas selecionadas em Recife (n=39) fazem parte da amostra do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA). O grau de implementação foi estimado por meio de entrevistas com o gestor escolar enfatizando os seguintes componentes: participação da comunidade, ambientes saudáveis, parceria com o setor de saúde, monitoramento do estado nutricional e políticas de nutrição. Às variáveis selecionadas foram atribuídos pontos cujo somatório as classificou como implementação satisfatória, implementação insatisfatória e implementação crítica.

Resultados: a promoção da alimentação saudável e da prática de atividade física foi implementada de forma satisfatória em 13,8% das escolas públicas. No entanto, nenhuma das escolas privadas obteve tal classificação. As escolas públicas, quando comparadas às escolas privadas, apresentaram-se mais estruturadas quanto às políticas e ambientes promotores da alimentação saudável e à participação da comunidade escolar, mas apresentaram maior fragilidade em relação à promoção da prática de atividade física e monitoramento do estado nutricional. Poucas escolas apresentaram implementação satisfatória na parceria com setor saúde.

Conclusões: escolas públicas e privadas apresentaram barreiras que comprometem a implementação plena de iniciativas e ambientes promotores da alimentação saudável e da prática de atividade física.

Palavras-chave Promoção da saúde, Alimentação escolar, Atividade física, Adolescentes, Saúde escolar

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), particularmente o acidente vascular cerebral, infarto, diabetes e hipertensão arterial, constituem problemas de saúde de maior magnitude no âmbito global. Para o período de 2010 a 2020, as projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam um crescimento de 15% na mortalidade causada por esse grupo de doenças.¹ No Brasil, as DCNT são responsáveis por 72,7% dos óbitos,² destacando que o sobrepeso e a obesidade são os principais contribuintes para a carga de doenças crônicas na população.³

Estudos mostram que parte desses problemas de saúde tem origem na infância ou adolescência.^{4,5} Na perspectiva definida por epidemiologia do curso de vida são enfatizadas estratégias preventivas precoces que garantam, por exemplo, nutrição adequada durante essas fases e ações que criem ambientes favoráveis à saúde e que também favoreçam escolhas saudáveis.^{1,5,6}

Diante desse quadro, além da prevenção primária, a promoção da saúde tem se configurado como alternativa teórica e prática necessária para o enfrentamento desses complexos fatores que configuram o quadro epidemiológico atual das DCNT.^{7,8} Considerar, além dos aspectos biológicos, os contextos cultural, social e ambiental favorece uma abordagem mais ampla e coerente com a promoção da saúde.⁸⁻¹⁰

Por reunir a maioria dos adolescentes de um país, o ambiente escolar representa um espaço privilegiado para o desenvolvimento dessas ações.^{11,12} A promoção da saúde na escola constitui uma iniciativa de caráter mundial que possibilita uma maior interação entre os professores e profissionais de saúde para ações intersetoriais e colaborativas que lidem com situações de vulnerabilidade à saúde do adolescente, incluindo apoio e cooperação dos pais e impulsionando políticas nessa comunidade.¹³⁻¹⁴

No Brasil, tais objetivos são referendados na Política Nacional de Promoção da Saúde e no Programa de Saúde na Escola (PSE), que tem como uma de suas principais diretrizes a intersetorialidade.¹⁵ Essas iniciativas podem ser avaliadas com base em três componentes inter-relacionados: 1) educação integral de saúde, 2) a criação e manutenção de ambientes saudáveis, físicos e psicossociais, 3) e a oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa.¹⁴

A presença desses componentes nas escolas pode promover comportamentos alimentares saudáveis e a prática de atividade física, que são medidas funda-

mentais para uma vida saudável e para a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta.^{13,16,17}

Considerando que há escassez de informações sobre o estado da implementação de medidas promotoras da saúde em escolas da cidade de Recife, e considerando que a obesidade, o comportamento sedentário e a adoção de hábitos alimentares inadequados são alguns dos principais fatores de morbidade em adolescentes, o presente estudo busca avaliar a implementação de iniciativas e ambientes promotores da saúde, com foco na alimentação saudável e na prática de atividade física direcionadas para adolescentes estudantes de escolas públicas e privadas de Recife.

Métodos

Este estudo de corte seccional é parte de uma pesquisa multicêntrica de âmbito nacional, o “Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes” (ERICA). O ERICA objetivou estimar a prevalência de fatores de risco cardiovascular e da síndrome metabólica em adolescentes (12 a 17 anos) matriculados em escolas públicas e privadas dos 273 municípios com mais de 100 mil habitantes no Brasil.

Para o presente artigo foram selecionados os dados relativos ao município de Recife (PE). A coleta dos dados ocorreu no período de julho a novembro de 2015. Os critérios de elegibilidade incluem as escolas públicas e privadas de áreas urbanas, de ensino fundamental (últimos anos) e/ou médio que fizeram parte do ERICA.

O processo de amostragem tentou preservar a distribuição de escolas por dependência administrativa (pública ou privada). Na amostra, dentro de cada estrato geográfico, foi usado o método de seleção PPT sistemático (Probabilidade Proporcional ao Tamanho) com ordenação prévia das escolas do cadastro de seleção por estrato geográfico, situação e dependência administrativa. Desse modo, foram selecionadas 39 escolas representativas para os adolescentes estudantes do município de Recife. O manuscrito no qual são descritos mais detalhes da amostra das escolas encontra-se no artigo de Vasconcelos *et al.*¹⁸

Um modelo teórico operacional foi elaborado com base nos instrumentos propostos por Silva *et al.*¹⁰ e pelo “Questionário The Health Behaviour in School-aged Children-HBSC”.¹⁹ Esse modelo orientou na escolha e adaptação das variáveis. Para cada componente e/ou subcomponente foram especificados a estrutura necessária (recursos humanos e

materiais) e o processo adequado (ações a serem realizadas), visando resultados a curto e médio prazos que levariam, em longo prazo, à redução da obesidade e suas complicações cardiovasculares (Figura 1). A versão adaptada do questionário foi aplicada aos gestores por meio de entrevista em cada escola selecionada.

O questionário composto de perguntas abertas e fechadas foi dividido em cinco componentes: 1) participação da comunidade escolar (pais, professores e alunos) nas atividades escolares; 2) presença de ambientes saudáveis; 3) parceria com o setor saúde; 4) monitoramento do estado nutricional e 5) políticas de nutrição da escola. Além desses componentes, também foi avaliada a percepção do gestor quanto aos problemas principais do bairro e quanto às barreiras percebidas para a implementação da promoção da saúde na escola.

Para verificação do grau de implementação da promoção da saúde nas escolas foi utilizado um sistema de escores no qual cada item recebeu uma pontuação positiva (1,0) quando havia cumprimento desse item, ou nula (0,0) quando o item não era realizado. Para os itens com mais de uma opção de resposta as pontuações foram categorizadas de acordo com o grau de relevância da ação, podendo receber a pontuação 0, 1 ou 2. Para considerar como

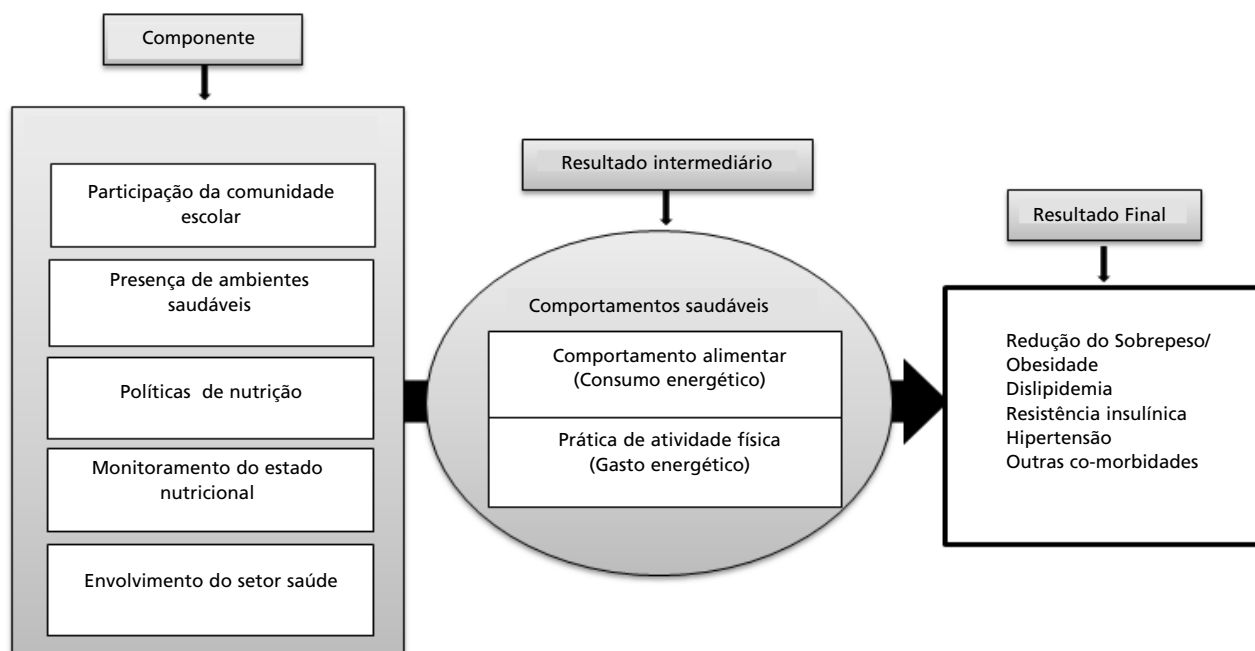
positivos os itens referentes à “média de reuniões com a comunidade escolar”, foram utilizadas as respostas superiores à média encontrada na amostra. Os dados faltantes foram considerados nulos e pontuaram como “0” na análise. Ao final, a soma máxima de todos os itens de cada componente respondido positivamente foi de 40 pontos, distribuídos em 24 variáveis com pontuação máxima de 1,0 ponto cada e 8 variáveis com pontuação máxima de 2,0 pontos cada.

Por meio de uma regra de três simples, a partir da pontuação máxima dos componentes (40 pontos) e da pontuação obtida por cada escola, foi calculado o grau de implementação de cada componente, sendo definido como satisfatório quando apresentou de 70-100% das iniciativas implementadas, insatisfatório de 50-69,9%, e crítico <50%. A análise conjunta desses componentes permitiu estimar o grau de adequação das iniciativas promotoras da alimentação saudável e da prática de atividade física nas escolas. A análise de dados foi realizada utilizando o software estatístico STATA 14.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ 31446314.6.1001.5190. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Figura 1

Modelo teórico operacional da promoção da alimentação saudável e da prática de atividade física no contexto escolar.



Resultados

Das 39 escolas selecionadas, participaram do estudo 38 (29 escolas públicas e 9 escolas particulares). Um gestor de uma escola particular (3,8%) não foi entrevistado devido ao encerramento das atividades de ensino da unidade. Entre os entrevistados, 76,3% (n=29) eram diretores, 13,2% (n=5) coordenadores e 10,5% (n=4) vice-diretores.

A média de reuniões realizadas pelas redes pública e privada de ensino para abordar a temática da alimentação saudável com os pais foi de $1,1 \pm 0,3$ e $1,3 \pm 0,5$ reuniões/ano, respectivamente. Com os funcionários a média de reuniões foi de $5 \pm 1,2$ durante o ano letivo; nas escolas privadas essa média foi de $0,8 \pm 0,3$. As sugestões feitas pelos integrantes da comunidade escolar foram consideradas na construção do Projeto Político Pedagógico (PPP) em 96,5% (n=28) das escolas públicas e em 66,6% (n=6) das escolas privadas (Tabela 1).

Com relação aos temas de saúde, 24,1% das escolas públicas e 22,2% das privadas não incluíam a temática alimentação saudável no currículo. O tema atividade física foi inserido em 96,5% (n=28) das escolas públicas e em 100% (n=9) das privadas. Temáticas gerais de saúde demonstraram-se incluídos em 100% das escolas abordadas (Tabela 1). Discussões como prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (96,5% vs 100%), prevenção do uso de drogas (93,1% vs 100%), prevenção de gravidez precoce (89,6% vs 77,7%), doenças negligenciadas (75,8% vs 88,8%) e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (75,8 vs 88,8%) foram abordadas na maioria das escolas públicas e privadas, respectivamente.

Nas escolas privadas, 66,7% foram avaliadas com implementação crítica para o componente presença de ambientes promotores da alimentação saudável (Tabela 2). Apenas 11,1% (n=1) utilizavam o espaço comercial promotor de alimentação saudável (Tabela 1). Poucas escolas públicas tiveram implementação satisfatória (13,8%) quanto à presença de ambientes promotores da alimentação saudável (Tabela 2) e uma minoria apresentou lanchonete comercial em seu interior (n=3; 10,3%). Em contrapartida, “ambulantes e/ou comércio local próximo” foram observados em 93,1% (n=27) das escolas públicas (Tabela 1).

Em 75,9% das escolas públicas os ambientes físicos de apoio à atividade física foram considerados inadequados ou em mau estado de conservação pelos gestores (Tabela 1). Apenas as escolas públicas apresentaram grau crítico quanto à implementação desse componente no ambiente escolar (Tabela 2).

As Equipes de Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS) não realizam visitas periódicas nem permanentes em 96,5% (n=28) das escolas públicas. Além disso, 58,6% dos gestores da rede pública de ensino informaram não conhecer o Programa Saúde na Escola (PSE). Das 29 escolas públicas, apenas duas informaram participar do PSE. Na rede privada de ensino, 100% tinham parceria com outras instituições que promovam alimentação saudável e/ou saúde (Tabela 1).

O monitoramento do peso e altura foi um item realizado em apenas 13,8% (n=4) e 22,2% (n=2) das escolas públicas e privadas, respectivamente. Da mesma forma, a orientação para os alunos com excesso de peso/obesidade desenvolvida pela escola foi indicada por 17,2% (n=5) dos gestores públicos e por 44% (n=4) dos gestores privados (Tabela 1). Esse foi um componente com implementação crítica em 79,3% das escolas públicas e em 77,8% na rede privada de ensino (Tabela 2).

O item “aumentar o consumo de alimentos *in natura*” foi uma política de nutrição encontrada em 89,6% (n=26) e em 44,4% (n=4) das escolas públicas e privadas, respectivamente. Na rede pública de ensino, 96,5% (n=28) apresentavam políticas para não incluir alimentos ricos em açúcar, sal e gordura e/ou com baixo valor nutricional. Na rede privada, 44,4% referiram aplicar esse tipo de política (Tabela 1). Esse componente foi implementado de forma satisfatória em 37,9% das escolas públicas enquanto na rede privada 88,9% das escolas tiveram avaliação crítica (Tabela 2).

Na avaliação conjunta dos componentes foi observado que quatro escolas públicas (13,8%) foram classificadas como satisfatórias e, portanto, podem ser consideradas, de acordo com os critérios do presente estudo, escolas promotoras da alimentação saudável e da prática de atividade física. Nenhuma escola da rede privada de ensino teve avaliação satisfatória nesse quesito (Figura 2).

Entre as barreiras identificadas para implementação da promoção da saúde, formar parceiras com setor saúde foi a principal dificuldade referida em 20 escolas públicas e em 2 escolas privadas. Foram destacadas, também, a estrutura física inadequada, a resistência dos adolescentes em aderir a uma alimentação saudável, a falta de incentivo e treinamento para os professores sobre temas de saúde, a baixa participação dos pais nas atividades escolares e a influência da mídia em incentivar o consumo de alimentos de baixo valor nutricional.

Além dessas barreiras, 44,8% dos gestores da rede pública de ensino e 22,2% da rede privada perceberam como problemas principais dos bairros

Tabela 1

Frequência de escolas de acordo com o cumprimento dos itens para o desenvolvimento da participação da comunidade escolar, ambientes saudáveis, parceria com o setor saúde, monitoramento do estado nutricional e políticas de nutrição. Recife (PE), Brasil, 2015.

Componentes	Rede de ensino							
	Pública				Privada			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Participação da comunidade escolar								
Reuniões/treinamento (anual)								
Reuniões com os pais para abordar a temática alimentação saudável maior que a média ^a	7	24,1	22	75,9	3	33,3	6	66,7
Reuniões com funcionários para abordar a temática alimentação saudável maior que a média ^b	12	41,3	17	58,7	0	-	9	100,0
Treinamento para professores sobre alimentação saudável e saúde	7	24,1	22	75,9	3	33,3	6	66,7
Construção do PPP*								
Sugestões das reuniões foram consideradas na construção do PPP*	28	96,5	1	3,5	6	66,7	3	33,3
Envolvimento da comunidade escolar na construção do PPP *	26	89,7	3	10,3	6	66,7	3	33,3
Envolvimento dos professores, diretores e coordenadores na construção do PPP*	29	100,0	0	-	2	22,2	7	77,8
Estimativa de professores envolvidos na construção do PPP* maior que a média ^c	27	93,1	2	6,9	5	55,6	4	44,4
Currículo escolar								
Inclusão da temática alimentação saudável no currículo escolar	22	75,9	7	24,1	7	77,8	2	22,2
Inclusão da temática educação física no currículo escolar	28	96,5	1	3,5	9	100,0	0	-
Inclusão da temática saúde no currículo escolar	29	100,0	0	-	9	100,0	0	-
Ambientes saudáveis								
Promotores da alimentação saudável								
Presença de refeitório com capacidade para abranger a demanda de alunos durante as refeições	13	44,8	16	55,2	5	55,6	4	44,4
Presença de espaço específico para a divulgação de informações sobre saúde e alimentação saudável	24	82,8	5	17,2	6	66,7	3	33,3
Envolvimento dos alunos na construção desses espaços	23	79,3	6	20,7	5	55,6	4	44,4
Destinação permanente desses espaços específicos pela escola	10	34,5	19	65,5	3	33,3	2	66,7
Presença de espaço para realização de atividades de culinária	8	27,6	21	72,4	6	66,7	3	33,3
Presença de horta escolar que promova a alimentação saudável	4	13,8	25	86,2	3	33,3	6	66,7
Presença de lanchonete comercial que promova a alimentação saudável	1	3,4	28	96,6	1	11,1	8	88,9
Ausência de lanchonete comercial na escola	26	89,7	3	10,3	0	-	9	100,0
Ausência de ambulantes e/ou local de comércio próximo à escola	2	6,9	27	93,1	3	33,3	6	66,7

continua

^a Média: 1,1 reuniões/ano em escolas públicas; 1,3 reuniões/ano em escolas privadas; ^b Média: 5 reuniões/ano em escolas públicas; 0,8 reuniões/ano em escolas privadas; ^c Média: 2,4 professores em escolas públicas; 1,6 de professores em escolas privadas; *PPP= Projeto político pedagógico.

Tabela 1

conclusão

Frequência de escolas de acordo com o cumprimento dos itens para o desenvolvimento da participação da comunidade escolar, ambientes saudáveis, parceria com o setor saúde, monitoramento do estado nutricional e políticas de nutrição. Recife (PE), Brasil, 2015.

Componentes	Rede de ensino							
	Pública				Privada			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Promotores da prática de atividade física								
Presença de ambientes adequados para a prática de atividade física	7	24,1	22	75,9	9	100,0	0	-
Curso prático de rotina de atividade física durante a semana	25	96,5	1	3,5	9	100,0	0	-
Atividade física extra durante a semana	15	51,7	14	48,3	4	44,4	5	55,6
Presença de refeitório com capacidade para abrange a demanda de alunos durante as refeições	13	44,8	16	55,2	5	55,6	4	44,4
Presença de espaço específico para a divulgação de informações sobre saúde e alimentação saudável	24	82,8	5	17,2	6	66,7	3	33,3
Envolvimento dos alunos na construção desses espaços	23	79,3	6	20,7	5	55,6	4	44,4
Parcerias com o setor saúde								
Parceria/participação de algum profissional de saúde (voluntária ou não) ou convênio com posto de saúde ou hospital	16	55,2	13	44,8	8	88,9	1	11,1
Ações de saúde (≥ 2 vezes/ano)	10	34,5	19	65,5	3	33,3	6	66,7
Parceria com outras instituições que promovam alimentação saudável e/ou saúde	4	13,8	25	86,2	-	-	9	100,0
Visitas periódicas e permanentes Equipes da Saúde da Família	1	3,45	28	96,5	2	22,2	7	77,8
Monitoramento do estado nutricional								
Monitora o peso e altura dos estudantes	6	20,7	23	79,3	3	33,3	6	66,7
Monitoramento do peso e altura é feito em todos os escolares	4	13,8	25	86,2	2	22,2	7	77,8
Orientação para os alunos com excesso de peso/obesidade desenvolvida pela escola	5	17,2	24	82,3	4	44,4	5	55,6
Políticas de nutrição								
Para aumentar o consumo de alimentos <i>in natura</i>	26	89,6	3	10,34	4	44,4	6	55,6
Para limitar o consumo de doces, batatas fritas e refrigerantes entre os alunos	21	72,4	8	27,6	3	33,3	6	66,7
Que determinam que em eventos das escolas, alimentos como frutas, grãos integrais devem estar incluídos entre os alimentos oferecidos	20	68,9	9	31,1	4	44,4	5	55,6
Que indicam que entre os alimentos oferecidos na escola não devem ser incluídos alimentos ricos em açúcar, sal e gordura e/ou com pouco valor nutricional	28	96,5	1	3,5	4	44,4	5	55,6
Que enfatizam para os alunos o grau de processamento dos alimentos, como os ultraprocessados (biscoitos, sorvetes, refrigerantes)	21	72,4	8	27,6	6	66,7	3	33,3

^a Média: 1,1 reuniões/ano em escolas públicas; 1,3 reuniões/ano em escolas privadas; ^b Média: 5 reuniões/ano em escolas públicas; 0,8 reuniões/ano em escolas privadas; ^c Média: 2,4 professores em escolas públicas; 1,6 de professores em escolas privadas; *PPP= Projeto político pedagógico.

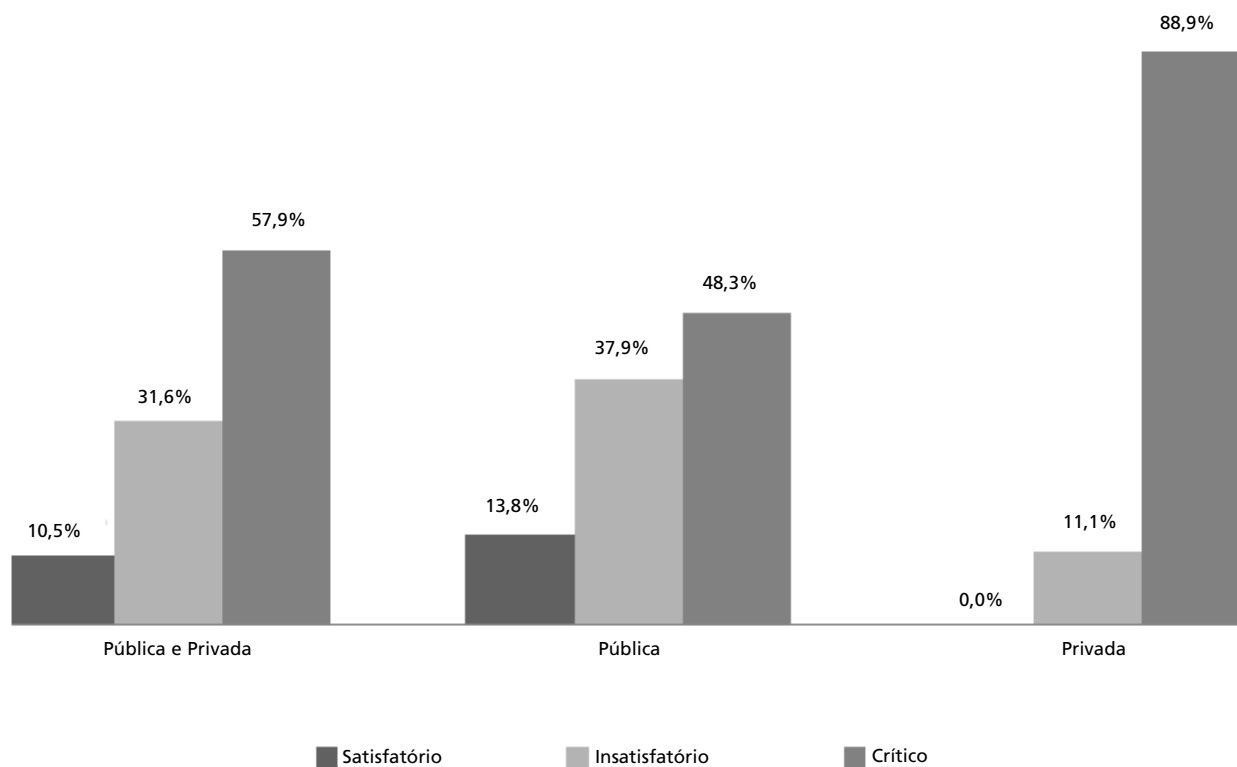
Tabela 2

Frequência de escolas de acordo com o grau de implementação dos componentes da participação da comunidade escolar, ambientes saudáveis, parceria com o setor saúde, monitoramento do estado nutricional e políticas de nutrição. Recife (PE), Brasil, 2015.

Componentes	Rede de ensino											
	Pública						Privada					
	Satisfatório		Insatisfatório		Crítico		Satisfatório		Insatisfatório		Crítico	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participação da comunidade escolar	12	41,4	14	48,3	3	10,3	2	22,2	6	66,7	1	11,1
Presença de ambientes saudáveis												
Alimentação saudável	4	13,8	14	48,3	11	37,9	1	11,1	2	22,2	6	66,7
Prática de atividade física	3	10,3	16	55,2	10	34,5	2	22,2	7	77,8	0	-
Parcerias com o setor saúde	6	20,7	6	20,7	17	58,6	1	11,1	5	55,6	3	33,3
Monitoramento do estado nutricional	2	6,9	4	13,8	23	79,3	2	22,2	0	-	7	77,8
Políticas de nutrição	11	37,9	7	24,1	11	37,9	0	-	1	11,1	8	88,9

Figura 2

Frequência de escolas públicas e privadas de acordo com o grau de implementação de iniciativas e ambientes promotores da alimentação saudável e da prática de atividade física. Recife, PE, Brasil, 2015.



onde as escolas estavam localizadas, a “venda ou uso de drogas ou consumo de álcool em locais públicos”. A “violência ou vandalismo” próximo à escola foram problemas relatados por 34,8% e 22,2% das escolas públicas e privadas, respectivamente. O restante dos gestores referiu não perceber esses problemas nas proximidades das escolas.

Discussão

A escola pode atuar como ambiente facilitador da promoção de comportamentos alimentares saudáveis e da prática de atividade física.^{1,6,13,17} A alta prevalência de escolas que tiveram avaliação insatisfatória ou crítica expressa que os gestores, a comunidade escolar e o setor saúde vêm enfrentando barreiras na articulação e execução dessas iniciativas no ambiente escolar.

A participação da comunidade é um dos requisitos para classificar uma escola como promotora de saúde.^{14,19} Neste estudo, a maioria dos gestores referiu que os pais e funcionários estavam envolvidos nas reuniões e ações com a temática saúde e alimentação saudável. No entanto, o número médio de reuniões foi considerado baixo quando comparado a outros estudos.^{10,20}

O envolvimento da comunidade escolar representa um papel fundamental de apoio social tanto para crianças quanto para adolescentes. Apoio este proveniente dos amigos, professores e da família pode melhorar o ambiente da escola¹³ como também influenciar na prática de atividade física e no comportamento alimentar saudável.²¹⁻²⁵ Silva *et al.*,¹⁰ que também avaliaram a participação de pais e professores, indicam que há uma baixa realização dessas iniciativas para o grupo de adolescentes, o que demonstra a necessidade de um maior direcionamento para essa faixa etária.

Conforme estabelecido nos Parâmetros Curriculares Nacionais, temáticas de saúde foram incluídas no currículo da maioria das escolas analisadas, mas não se sabe se essa inclusão ocorre de forma transversal, contextualizada e sistemática.¹⁰ Apesar da preocupação dos educadores com essas atividades extracurriculares e escolares, percebe-se que os trabalhos desenvolvidos em sala de aula, em geral, são baseados no entendimento particular que cada professor possui a respeito do que é saúde, com ações muitas vezes isoladas, superpostas e descontínuas.^{22,12} Esses professores vivenciam uma série de dificuldades na elaboração e execução da educação em saúde. A discussão sobre o papel do professor nesse processo, bem como sobre a

formação deles, são medidas necessárias para conduzir a promoção de hábitos saudáveis no ambiente escolar.

Internacionalmente, agências como OMS¹² e OPAS¹⁴ recomendam políticas ou normas de nutrição que determinem os tipos de alimentos disponibilizados nas escolas, tendo em vista que são medidas que estimulam escolhas saudáveis.^{16,17,23,24}

As políticas de nutrição avaliadas foram encontradas na maioria das escolas públicas de Recife, porém em poucas da rede privada. Esse quadro justifica-se pelo fato de que nas escolas públicas brasileiras, além da oferta de alimentos saudáveis e da restrição de vendas dos considerados não saudáveis, houve uma ampliação das ações no contexto de ensino-aprendizagem que assumem uma prática pedagógica de ação educativa com foco na promoção da saúde.²⁵ No entanto, segundo levantamento da PeNSE (2012),¹¹ essas políticas não estão bem estabelecidas nas escolas privadas brasileiras. Essa pesquisa mostra que a presença de cantinas e de pontos alternativos de venda de alimentos foi muito maior nas escolas privadas do que na rede pública de ensino e que nesses estabelecimentos há uma baixa qualidade do lanche ofertado.

A contribuição dos lanches escolares pode representar de 25 a 50% do total de nutrientes ingeridos diariamente,²⁶ quando apresentam baixo valor nutricional e elevada densidade calórica podem ser considerados um importante fator preditivo do excesso de peso e comorbidades como hipertensão, diabetes tipo 2 e dislipidemias na adolescência.^{8,13,27} Nesse contexto, a construção de políticas e ambientes que estimulem a escolha de alimentos saudáveis e restrinja a vendas dos alimentos insalubres é uma medida necessária para promoção da saúde na escola.

A acessibilidade a locais para prática esportiva e educação física escolar é reconhecida como um importante facilitador de uma vida ativa.^{22,28,29} Estudos nessa área têm verificado que intervenções de atividade física em meio escolar reduzem o índice de massa corporal (IMC), e sua prática regular representa uma importante mudança no estado nutricional desse grupo.^{13,29} Apesar disso, em cerca de metade das escolas públicas do município os gestores perceberam a estrutura de apoio à atividade física como inadequada. Em ambas as redes de ensino houve um reduzido número de aulas práticas regulares. Achados semelhantes foram descritos no relatório da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE).¹¹

É importante destacar que somente o espaço escolar não implica necessariamente na participação

desses alunos e na adoção de hábitos mais ativos. Segundo Santos *et al.*,²² a percepção de barreiras para a atividade física pode incluir tanto fatores internos (características individuais e a menor prioridade para a atividade física) quanto fatores externos (influência de alguém ou da família, inacessibilidade, segurança e custo).

O sentimento de insegurança, devido à violência nos bairros onde as escolas estão localizadas, foi percebido como um dos problemas principais por vários gestores no município de Recife. Esse e outros problemas que a comunidade escolar vivencia devem ser identificados, debatidos e considerados na implementação de medidas promotoras de saúde, visto que é muito difícil modificar comportamentos de risco sem mudar os determinantes sociais que os influenciam.^{7,22,28,30}

Monitorar o estado nutricional dos adolescentes no ambiente escolar é considerado como uma medida de prevenção e de cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição que tem como foco a redução da prevalência do sobrepeso e obesidade, bem como das DCNT.^{4,10,11,27} Neste estudo, poucas escolas realizavam o monitoramento do estado nutricional dos adolescentes. Um dos principais desafios para o monitoramento da saúde dos adolescentes é reconhecer que esse grupo necessita de uma maior atenção à saúde e que a escola e o setor saúde precisam avançar na consolidação de um modelo intersetorial.

A falta de apoio do setor saúde nas escolas públicas representa um problema de grande magnitude que reflète a dificuldade do setor em lidar com a complexidade dos problemas da fase de vida dos adolescentes. Segundo Reis *et al.*,⁹ as Equipes de Saúde da Família (ESF), que são responsáveis por realizar visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do Programa Saúde na Escola (PSE), relataram que os principais tipos de comportamentos que dificultam a abordagem desse grupo foram agressividade, rebeldia e transgressão.

O PSE tem como uma de suas principais diretrizes a intersetorialidade, que visa à articulação entre escolas públicas e a rede básica de saúde para

levar ações de prevenção, promoção e atenção à saúde aos estudantes da rede pública.^{9,30} No entanto, os resultados deste estudo mostram que mais da metade dos gestores da rede pública estadual de ensino informaram desconhecer o PSE, o que indica uma baixa concretude das parcerias entre os setores da educação e da saúde do município.

É preciso repensar a maneira de desenvolver essas ações nas escolas da rede pública, bem como apoiar essas iniciativas nas escolas privadas, pois as vulnerabilidades à saúde dos adolescentes,^{9,14,30} assim como o atual quadro epidemiológico do excesso de peso nesse grupo,^{3,4,6} demandam medidas de prevenção aos agravos associados à obesidade e iniciativas promotoras da saúde mais integradas.

Apesar dos achados supracitados, algumas limitações e suas possíveis repercussões sobre os resultados devem ser discutidas. Primeiro, as escolas deste estudo representam o primeiro estágio de seleção de uma amostra representativa dos estudantes adolescentes de Recife.¹⁸ Segundo, todas as medidas foram obtidas por meio de questionário e podem apresentar viés de resposta. Apesar disso, esse é um campo ainda em construção, com poucos estudos brasileiros, sendo necessário que mais pesquisas aprofundem os componentes investigados, abrangendo, inclusive, a avaliação com como a comunidade escolar e com as equipes de saúde envolvidas.

Em conclusão, os resultados do estudo demonstraram que apesar da implementação ainda incipiente e das barreiras existentes, as escolas estão, em algum grau, desenvolvendo iniciativas promotoras da alimentação saudável e/ou da prática de atividade física. Nesse sentido, destaca-se que é necessário compreender a realidade de cada escola, apoiar a comunicação entre os setores da educação e da saúde, capacitar os gestores, professores, merendeiros e proprietários das cantinas, bem como incentivar o envolvimento da família nas ações destinadas aos adolescentes. Provavelmente, só a partir desse processo será possível realizar as mudanças necessárias para que o ambiente escolar torne-se promotor de atitudes e práticas saudáveis.

Referências

1. WHO (World Health Organization). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva. 2014 [acesso 4 dez 2015]. Disponível em: www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
2. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014; 23(4): 599-608.

3. Kearns K, Dee A, Fitzgerald AP, Doherty E, Perry IJ. Chronic disease burden associated with overweight and obesity in Ireland: the effects of a small BMI reduction at population level. *BMC Public Health*. 2014; 14: 143.
4. Bibiloni MM, Pons A, Tur JA. Prevalence of Overweight and Obesity in Adolescents: A Systematic Review. Hindawi Publishing Corporation. 2013; 1-14.
5. Ben-Schlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol*. 2002; 31 (2): 285-93.
6. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, Lotufo PA, Vigo AB, SandhiM. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46 (Suppl. 1): 126-34.
7. Fontbonne A, Cesse EÂP, Sousa IMC, Souza WV, Chaves VLV, Bezerra AFB, Carvalho EF. Risk factor control in hypertensive and diabetic subjects attended by the Family Health Strategy in the State of Pernambuco, Brazil: the SERVIDIAH study. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29 (6): 1195-204.
8. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17 (1): 7-17.
9. Reis DC, Almeida TAC, Coelho AB, Madeira AMF, Paulo IMA, Alves RH. Family health strategy: health care and vulnerabilities in the adolescence. *Rev Espaço Saúde*. 2015; 15 (1): 47-56.
10. Silva JRM, Schmitz BAS, Rodrigues MLCF, Gabriel CG. Promotion of healthy eating at schools in the Federal District of Brazil. *Rev Nut*. 2013; 26 (2): 145-58.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. RJ: 2012. [acesso 2 jun 16]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/comentarios.pdf>
12. WHO (World Health Organization). What is a Health Promoting School? Geneva: WHO. 2006 [acesso 2 dez 2015]. Disponível em: http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/print.html
13. Langford R, Bonell CP, Jones HE, Poulou T, Murphy SM, Waters E, Komro KA, Gibbs LF, Magnus D, Campbell R. The world health organization's health promoting schools framework: a cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015; 15: 130.
14. Ippolito-Shepherd J, Cerqueira MT, Ortega DP. Iniciativa regional escuelas promotoras de la salud en las Américas. *Inter Union Health Promo Educ*. 2005; 12 (3-4): 220-9.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3 ed. Brasília, DF; 2010. [acesso 14 ago 2015]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>
16. Silveira JA, Taddei JA, Guerra PH, Nobre MR. Effectiveness of school-based nutrition education interventions to prevent and reduce excessive weight gain in children and adolescents: a systematic review. *J Pediatr*. 2011; 87: 382-92.
17. Zota D, Dalma A, Petralias A, Lykou A, Kastorini CM, Yannakoulia M, Karnaki P, Belogianni K, Veloudaki A, Riza E, Malik R, Linos A. Promotion of healthy nutrition among students participating in a school food aid program: a randomized trial. *Int J Public Health*. (2016) 61: 583-92.
18. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Szklo M, Kuschnir MCC, Klein CH, Abreu GA, Barufaldi LA, Bloch KV. Desenho da amostra do Estudo do Risco cardiovascular em Adolescentes (ERICA). *Cad Saúde Pública*. 2015; 31 (5): 921-30.
19. Roberts C, Freeman J, Samdal O, Schnohr CW, de Looze ME, NicGabhainn S, Iannotti R, Rasmussen M. The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *Int J Public Health*. 2009; 54 (Suppl 2): 140-50.
20. Santos KF, Bógus CM. A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. *Ver Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2007; 17 (3): 123-33.
21. Bauman A, Craig CL. The place of physical activity in the WHO Global Strategy on diet and physical activity. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2005; 2: 1-6.
22. Santos MS, Hino AAF, Reis R S, Rodriguez-Añez, CR. Prevalência de barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13 (1): 94-104.
23. Silva DCA, Frazão IS, Osório MM, Vasconcelos MGL. Percepção de adolescentes sobre a prática de alimentação saudável. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(11): 3299-308.
24. McKenna ML. Policy Options to Support Healthy Eating in Schools. *Canadian Public Health Association*. 2010; 101, (Suppl. 2): S14-7.
25. Peixinho AML. A trajetória do Programa Nacional de Alimentação Escolar no período de 2003-2010: relato do gestor nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18 (4): 909-16.
26. Carvalho CA, Fonsêca PCA, Oliveira FP, Coelho AA, Arruda SPM. Consumo de energia e macronutrientes no lanche escolar de adolescentes de São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Coletiva*. 2014; 22 (2): 212-7.
27. Sichieri R, Souza RA. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (Supl. 2): S209-S34.
28. Dias DF, Loch MR, Ronque ERV. Barreiras percebidas à prática de atividades físicas no lazer e fatores associados em adolescentes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20 (11): 3339-350.
29. Kirby J, Levin KA, Inchley J. Associations between the school environment and adolescent girls' physical activity. *Health Education Research*. 2012; 27 (1): 101-14.
30. Queiroz MVO, Lucena NBF, Brasil EGM, Gomes ILV. Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso dos profissionais sobre o enfoque da integralidade. *Rev Rene*. 2011; 12 (n. esp.): 1036-44.

Recebido em 21 de Janeiro de 2016

Versão final apresentada em 30 de Novembro de 2016

Aprovado em 10 de Fevereiro de 2017