



Rua Dr. Celestino, 74
24020-091- RJ – Brasil
Tel (21) 2629-9493
e-mail:
mpeauff@gmail.com
www.uff.br/mpea



**JOGO EDUCATIVO PARA ESCOLARES:
UMA PROPOSTA INTERATIVA NA
CONSULTA DE ENFERMAGEM**

Autora: Arina Fonseca

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Fátima Helena do Espírito Santo

Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva

Linha de Pesquisa: O Cuidado de Enfermagem para os Grupos Humanos

Niterói, Dezembro de 2013



Mestrado Profissional
Enfermagem
Assistencial



**JOGO EDUCATIVO PARA ESCOLARES:
UMA PROPOSTA INTERATIVA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM**

Autora: Arina Fonseca

Orientadora: Prof^a Dr^a Fátima Helena do Espírito Santo

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Curso Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense/UFF como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O Cuidado de Enfermagem para os Grupos Humanos

Niterói, Dezembro de 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
MESTRADO PROFISSIONAL ENFERMAGEM ASSISTENCIAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**JOGO EDUCATIVO PARA ESCOLARES:
UMA PROPOSTA INTERATIVA NA
CONSULTA DE ENFERMAGEM**

Linha de Pesquisa: O Cuidado de Enfermagem para grupos humanos

Autora: Arina Fonseca

Orientadora: Prof^a Dr^a Fátima Helena do Espírito Santo

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Fátima Helena do Espírito Santo (UFF) – Presidente

Prof. Dr. Lina Márcia Migués Berardinelli (UERJ) – 1^a Examinadora

Prof^a Dr^a Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva (UFF) – 2^a Examinadora

Prof^a Dr^a Iraci dos Santos (UFRJ) – 1^a Suplente

Prof^a Dr^a Emília Galindo Cursino (UFF) – 2^o Suplente

Niterói, Dezembro de 2013.

F 676 Fonseca, Arina.
Jogo educativo para escolares / Arina Fonseca. –
Niterói: [s.n.], 2013.
105 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem
Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, 2013.
Orientador: Prof.^a Fátima Helena do Espírito Santo.

1. Jogos e brinquedos. 2. Educação em saúde. 3.
Enfermagem. 4. Criança. 5. Doença crônica I. Título.

CDD 371.397

**À minha mãe pela força sempre e por
ter me ensinado a arte de cuidar.
Ao meu noivo pela presença constante
em forma de ajuda e amor.
A todas as crianças e famílias que
participaram na construção
deste trabalho.**

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter iluminado cada dia de minha vida na construção desta profissão que abracei com garra e amor.

À minha mãe que suportou muitos momentos de porta fechada e pedidos de silêncio para que este trabalho crescesse e foi o braço direito nos demais campos de minha vida para que eu tivesse tempo.

Ao meu noivo que teve paciência para ler e reler a cada pedido de “vê se está bom?”, pelo companheirismo, amizade e amor em todos os momentos.

Às professoras Fátima Helena dos Espirito Santo e Rose Mary Rosa Andrade Silva pela enorme sabedoria em todos os momentos de dificuldades, pela amizade, pelo carinho, pelos ensinamentos que foram muito além do acadêmico, ensinamentos de vida, pelo amor que demonstraram às profissões de enfermeira e de professora. Com certeza eu só cheguei aqui porque vocês duas são exemplares no que fazem e, mesmo que tudo conspire contra, a energia positiva de ambas é maior!!!

À Ten Cel BM Flávia Curi que abriu as portas da Policlínica com enorme carinho, assim como ao Cel BM Chuva que igualmente o fez. À Ten BM Luciana Lana pela ajuda importantíssima para atuar dentro da Policlínica .

Aos grandes amigos que este mestrado me deu, mas em especial três que participaram das dificuldades e das alegrias como verdadeiros amigos: Alexandra de Oliveira Matias Ferreira, Alessandro Fabio de Carvalho Oliveira e Patrícia Osório Pereira.

Aos meus amigos e colegas de trabalho que entenderam a minha ausência e se interessaram em me ouvir falando da pesquisa.

Às crianças e pais que me permitiram entrar em suas vidas.

Obrigada do fundo do meu coração!!!!

Créditos

Revisão de Português e Inglês: Vladimir Almeida de Azevedo

Jogo educativo para escolares: uma proposta interativa na consulta de enfermagem

RESUMO:

A educação em saúde por meio de jogos é uma alternativa de prática educativa não tradicional onde o enfermeiro atua em diferentes ambientes de sua prática. Esta pesquisa tem como objeto de estudo a apropriação do lúdico na educação em saúde para escolares na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Objetivo geral: Elaborar a partir do conhecimento das crianças um instrumento lúdico em forma de jogo sobre hábitos saudáveis em saúde, e objetivos específicos: descrever os fatores de risco para DCNT a que são expostas as crianças em idade escolar em seus ambientes, segundo as próprias, e analisar o seu conhecimento sobre vida saudável que pode torná-las corresponsáveis pela própria saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, do tipo pesquisa-ação. O cenário foi uma Policlínica Militar na cidade de Niterói. Foram entrevistadas 19 crianças de 7 a 12 anos, que aceitaram participar do estudo, e cujos responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob o nº411723. As entrevistas foram gravadas e transcritas. A análise de conteúdo por Bardin gerou duas categorias: *Entre o ideal e o real* e *As interfaces do ambiente para a saúde*, e constatou que as crianças entendem comportamentos saudáveis ideais e os praticados cotidianamente, estratégias contra exposição aos hábitos prejudiciais e influências sobre os comportamentos. A incidência elevada das DCNT afeta economia e qualidade de vida da população; assim, analisar a tendência dos fatores de risco e os conhecimentos destas crianças possibilitou compreender interfaces geradoras de comportamentos saudáveis. Vivenciando situações, crianças apreendem conceitos, atitudes, cuidados, causas e consequências e constroem conhecimento, passo inicial na prevenção. Aprendendo algo, crianças adquirem consciência de um mundo novo e formulam hipóteses e conceitos estruturando uma consciência libertadora, dotada de entendimento para realizar escolhas. As categorias formuladas permitiram a construção do produto desta pesquisa: um jogo educativo em saúde. Conclui-se que a educação em saúde por meio de um jogo, de uma forma lúdica, divertida, onde a criança cria e recria dividindo conhecimentos e dúvidas, é um excelente método para se trabalhar na melhoria da qualidade de vida da população, podendo alcançar excelentes resultados se associado a outras ações que subsidiem avanços nas vidas destas pessoas.

Descritores: Enfermagem, Educação em Saúde, Jogos e Brinquedos, Criança.

Educational game for school age children: an interactive proposal in nursing consultation

ABSTRACT

Health education through games is an alternative non-traditional educational practice where nurses work in different environments of their practice. This research aims to study the seizure of the ludic in health education for school age children in the prevention of chronic noncommunicable diseases (NCDs). General Aim: From the knowledge of children, formulate a game shaped playful instrument about healthy habits in health, and specific aims: to describe the risk factors for NCDs to which school age children are exposed in their environments, according to children themselves, and analyze their knowledge about healthy living that can make them co-responsible for their own health. It is a qualitative, descriptive research, the action-research type. The setting was a Military Polyclinic in Niterói. 19 children ranging from 7 to 12 years old who agreed to participate of the study and whose parents signed the free and informed consent form were interviewed. The research was approved by the Ethics Committee under No. 411723. The interviews were recorded and transcribed. Content analysis using Bardin generated two categories: *Between the ideal and the real* and *The environment interfaces to health* and noticed that children understand ideal healthy behaviors and those daily practiced, strategies against exposure to harmful habits and influences on behavior. The high incidence of NCDs affects people economy and quality of life; so, to analyze the trend of risk factors and these children knowledge enabled to understand generating interfaces of healthy behaviors. Experiencing situations, children grasp concepts, attitudes, care, causes and consequences and rear knowledge, initial step in prevention. Learning something, children become aware of a new world and formulate hypotheses and concepts structuring a liberating consciousness, endowed with understanding to make choices. Designed categories allowed the making of the product of this research: an educational game on health. It is concluded that health education through a game, in a playful and fun way, where child creates and recreates sharing knowledge and doubts, is an excellent method to work on the improvement of people quality of life, what may achieve excellent results excellent results when associated with other actions that support advances in the lives of these people.

Descriptors: Nursing, Health Education, Play and Playthings, Child.

SUMÁRIO

	Pag.
INTRODUÇÃO	
Motivação para o Tema	17
Objeto de Estudo	18
Justificativa	18
Objetivo Geral	20
Objetivos Específicos	20
Relevância	20
CAPITULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
1.1 A Educação em Saúde através de jogos: o estado da arte	21
1.2 A Promoção da Saúde	25
1.3 A Educação em Saúde	29
1.4 Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis	32
1.5 A Consulta de Enfermagem	35
CAPÍTULO II: PERCURSO METODOLÓGICO	
2.1 Caracterização do estudo	37
2.2 Cenário da pesquisa	39
2.3 Sujeitos da pesquisa	39
2.4 Aspectos éticos	40
2.5 A Produção de dados	40
2.6 O processo de tratamento, organização e análise dos dados	41
CAPÍTULO III: RESULTADOS E DISCUSSÃO	
3.1. Conhecendo os participantes	44
3.2. <i>Entre o ideal e o real</i>	51
3.2.1. Entendem o ideal, as noções de equilíbrio	52
3.2.2. Reproduzem no discurso um comportamento de saúde	55
3.2.3. Reconhecem o que é prejudicial à saúde	58
3.2.4. Sugerem soluções para ter o ideal, para a exposição ao risco	61

3.3. <i>As interfaces do ambiente para a saúde</i>	64
3.3.1. Família e Escola	65
3.3.2. Movimentos de mudança	69
3.3.3. Saúde como ausência de doença	73
3.3.4. O brincar	77
3.4. A construção do Jogo Educativo: O desafio de ser saudável	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICES	
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	99
Apêndice B: Formulário de coleta de dados.	100
ANEXOS	
Anexo A: Parecer Consubstanciado do CEP	102
Anexo B: Autorização da Unidade	105

LISTA DE ABREVIACÕES

AIDPI	Atenção Integrada s Doenças Prevalentes na Infância
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BDEF	Bases de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CA	Câncer
CARMEN	Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis
CBMERJ	Corpo de Bombeiro Militar do Estado do Rio de Janeiro
CE	Consulta de Enfermagem
CEP	Comitê de tica em Pesquisa
CINAHAL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health
DCNT, DNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crnica
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	ndice de Massa Corpórea
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PUBMED	National Library of Medicine
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema nico de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UC	Unidades de Contexto
UR	Unidades de Registro
URSS	União Soviética
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Aumento da expectativa de vida em 19 anos	p.14
Quadro 2:	Amostra de artigos da Revisão Integrativa	p.22
Quadro 3:	Padrões de sinais vitais e sinais vitais aferidos	p.44
Quadro 4:	Preferências alimentares	p.47
Quadro 5:	Alimentos fora da preferência das crianças	p.47
Quadro 6:	Categorias e subcategorias	p.51
Quadro 7:	Etapas do Jogo Educativo	p.82

INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos, diversos esforços e políticas públicas de saúde têm sido desenvolvidos tendo como foco a saúde da criança. Estas políticas têm sua orientação voltada para redução da mortalidade infantil e para prevenção de doenças da infância, principalmente as infecciosas e as carências nutricionais, como demonstra a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), adotada no Brasil, em 1996¹.

Outros documentos destacam intervenções na saúde da criança de forma integral e com ênfase na promoção da saúde. O Ministério da Saúde (MS) em 2004 lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, apresentando os cuidados com a saúde infantil como ações essenciais do MS e enfatizando o cuidado integral e multiprofissional. Mais uma vez “a mortalidade infantil é apontada como grande desafio para o país”¹.

No entanto, neste período a transformação demográfica mundial constituída pelas baixas taxas de natalidade e pelo aumento da expectativa de vida ao nascer leva também à preocupação com as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que são a primeira causa de adoecimento da população. As DCNT tornaram-se um problema importante em vários aspectos: aumento dos gastos com tratamento de saúde em longo prazo, diminuição da força de trabalho, aumento do número de benefícios e pensões por invalidez, dentre outros.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentados no documento World Health Statistics 2011² confirmam o aumento da expectativa de vida das populações indicadas no Quadro 1 :

Quadro1: Aumento da expectativa de vida em 19 anos

	Expectativa de vida em anos			Aumento de anos na expectativa de vida
	1990	2000	2009	Em 19 anos
Brasil	67	70	73	6 anos
Austrália	77	80	82	5 anos
Estados Unidos	75	77	79	4 anos

Fonte: World Health Statistics 2011²

Neste documento, a OMS ainda descreve a situação preocupante sobre as DCNT e os fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, diabetes, alguns tipos de cânceres e doenças respiratórias. A incidência destas doenças está aumentando tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento e tem atingido pessoas de todas as idades. A OMS afirma que as principais causas das DCNT estão bem estabelecidas, dentre elas a dieta inadequada, inatividade física, obesidade/sobrepeso, tabagismo e o uso nocivo do álcool ².

Concomitantemente à adoção de políticas públicas de saúde de atenção integral à saúde da criança nos últimos 20 anos, estão sendo desenvolvidas as políticas de atenção às DCNT, visto que estas estão diretamente interligadas as causas de morte de maior significância atualmente, sendo as mais comuns: doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e as doenças respiratórias crônicas.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística³ (IBGE) destacam que as doenças do aparelho circulatório constituem o principal grupo de causas de mortes no Brasil, seguido, no caso dos homens, pelas causas externas (acidentes e violências) e as neoplasias. Entre as mulheres, o segundo grupo de causas de mortes foi o das neoplasias, acompanhado em seguida pelas doenças do aparelho respiratório. Em 2010, houve um incremento do número de mortes por estas doenças principalmente observadas no perfil da população acima de 60 anos, o que reproduz em parte, os principais grupos de causas de morte da população como um todo, sendo as doenças do aparelho circulatório responsáveis por 37,5% das mortes e as neoplasias por 16,9%, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório em terceiro lugar ³.

Uma característica comum entre as DCNT são suas causas constituídas pelos fatores de risco modificáveis, ou seja, hábitos ou comportamentos que podem ser alterados antes que causem danos à saúde do indivíduo. Tabagismo, ingestão de bebidas alcólicas, sedentarismo, alimentação não saudável e obesidade são alguns dos fatores de risco modificáveis comuns para as principais DCNT. As ações de promoção da saúde com vistas à diminuição das taxas de mortalidade por DCNT são baseadas na diminuição à exposição aos fatores de risco modificáveis.

Em 30 de março de 2006, foi publicada a Portaria nº 687⁴, considerando a necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para Promoção da Saúde e o Pacto pela Saúde, a qual aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde

(PNPS) que tem priorizado diversas ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool e também é uma prioridade do governo brasileiro.

Anteriormente, estes problemas eram considerados particularidades dos países pobres, porém, atualmente, são problemas frequentes em sociedade com diferentes níveis econômicos ².

Atentando para os dados sobre a situação das DCNT e atendendo às necessidades de implementação da PNPS, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com outros Ministérios, elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. O Plano visa preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas ⁵.

Dentre os objetivos, as metas e as ações elaborados pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, a criança pode ser observada como um foco de atenção. Apesar de não ser uma política centrada na Atenção à Saúde da Criança, ela tem suma importância para tal e possibilita alcançar os objetivos propostos pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que apresenta os cuidados com a saúde infantil como ações essenciais do MS e enfatiza o cuidado integral e multiprofissional ^{5,6}.

No Brasil, assim como no mundo, essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda ^{2,4,5}.

A promoção da saúde deve começar precocemente a fim de evitar a intervenção curativa, medicalizadora, centrada na doença. Sendo assim, é necessário guiar o envelhecimento saudável, cercado de hábitos individuais e coletivos que gerem ambientes saudáveis. Assim, o conceito de vida saudável deve ser apresentado para reflexão do indivíduo o mais precocemente possível.

Documentos de âmbito mundial como a Carta de Ottawa, produto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986⁵, sinalizam para a importância da promoção da saúde por meio da conscientização da sociedade. No entanto, a

conscientização não deve ter como alvo apenas o indivíduo adulto, que já sofre de algum agravo de saúde e que já tem seus conceitos e princípios estabelecidos.

A criança, por estar em um período de formação social e cultural, é um alvo particularmente importante para a atuação da promoção da saúde e, neste contexto, a educação em saúde é um dos instrumentos para viabilizar a promoção da saúde.

A educação em saúde possui diversas definições, e todas giram em torno do conceito de ações pedagógicas ou não, unidas aos conhecimentos profissionais sobre saúde com a intenção de facilitar ações voluntárias conducentes à saúde própria ou de uma comunidade, enquanto a promoção consiste em um processo de instrumentalização da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida, com a finalidade de atingir ações e condições de vida favoráveis à saúde, para que esta seja um meio de vida e não seu objetivo ^{7,8}.

Assim, a **motivação** para este estudo emergiu da minha experiência profissional ao longo de doze anos trabalhando na assistência à saúde da criança, sendo sete anos como enfermeira e os cinco anos anteriores a estes como auxiliar de Enfermagem. Sempre atuando na área de saúde da criança, nestes anos passei a observar que estas valorizam todas as informações apresentadas a elas e de alguma forma utilizam tais informações, por vezes atribuindo a estas informações modificações em seu meio. Assim, ainda na graduação, houve o interesse de estudar a atuação do enfermeiro na educação em saúde para crianças no Programa Saúde da Família, já que as crianças eram como terra fértil para os conhecimentos ensinados.

No cotidiano da assistência de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) é comum a troca de saberes com as crianças internadas, porém é interessante notar que elas, na maioria das vezes, trabalham os conhecimentos apreendidos e, por vezes, os reproduzem.

O enfermeiro possui formação curricular abrangente, sendo um profissional capacitado para educação em saúde, porém nem sempre esta prática é favorecida para além do ambiente da atenção primária da saúde. Na área da atenção primária, o enfermeiro executa a consulta de Enfermagem definida como: atividade privativa do enfermeiro, que utiliza componentes do método científico para identificar as situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção,

prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade⁹.

Desta forma, o enfermeiro torna-se o profissional de saúde altamente indicado para atuar neste campo, pois possui conhecimentos científicos que agregam diversas áreas do conhecimento e permitem elaborar tecnologias de cuidados direcionadas à promoção da saúde. Além disso, o uso do processo de Enfermagem na elaboração das ações para promover a saúde é meio facilitador e sistematiza esta forma de cuidado.

De acordo com definição na Carta de Ottawa, a Promoção da Saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”^{9:20}. Simultaneamente, é, sobretudo, promover a saúde de uma população através da educação em saúde, é tornar esta população detentora de saberes que lhe permitirão guiar sua vida com melhor qualidade, é fornecer ao indivíduo possibilidades de escolhas.

O ensejo de oferecer à população infantil subsídios para construção crítica de um estilo de vida saudável deve ser prioridade dos programas de promoção da saúde, de forma que os agravos crônicos têm a real chance de serem evitados.

A construção de gerações mais saudáveis permitirá a concretização de outros anseios como as cidades saudáveis, as políticas de sustentabilidade, o envelhecimento saudável, e estes repercutirão na economia: menores gastos com tratamentos de DCNT, com hospitalizações prolongadas, com benefícios previdenciários por invalidez, dentre outros.

Estudos realizados nos Estados Unidos indicam que a velhice em si não está ligada ao aumento dos gastos com despesas médicas, mas sim à saúde precária. Soma-se a isto o fato de que uma população idosa saudável aumenta a força de trabalho e as contribuições para as receitas públicas¹⁰.

Assim sendo, a criança como foco de ações em educação em saúde tem o potencial de estruturar-se em um indivíduo detentor de conhecimentos para proteção da saúde e de habilidades críticas para conduzir uma vida saudável. Para tanto, o **objeto** desta pesquisa é a apropriação do lúdico na educação em saúde para escolares na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

A **justificativa** deste estudo está na importância da construção de um trabalho que vise à promoção da saúde para crianças em idade escolar com intuito de melhorar a

qualidade de vida do adulto e do idoso. Contudo, em países como o Brasil, onde a desigualdade social é significativa, faz-se necessária a proliferação da promoção da saúde como possibilidade de melhoria da qualidade de vida e meio de minimizar doenças crônicas que oneram os cofres públicos e impedem a população de crescer socialmente.

Promover a possibilidade de pensar criticamente sobre o estilo de vida prejudicial ao homem é um ato de promoção da saúde, pois implicará em mudanças para todas as gerações que se seguem. Mudar os hábitos de vida prejudiciais não objetiva apenas diminuir a morbidade e a mortalidade pelas DCNT ou diminuir os gastos públicos com tratamentos e com benefícios previdenciários, mas também pretende elevar a qualidade de vida.

Dentre as múltiplas causas das DCNT estão os determinantes sociais caracterizados pela desigualdade social, a acessibilidade a bens e serviços, a escolaridade e o acesso à informação. Além destas, existem os fatores de risco comportamentais como tabagismo, sedentarismo e alimentação inadequada que podem ser prevenidos ⁴.

É na prevenção através da promoção que devem estar concentradas as ações de enfrentamento das DCNT e a criança é o público adequado a estas ações por valorizar as descobertas e por possuírem a possibilidade de mudança de hábitos de vida.

Portanto, para intervir no prognóstico das DCNT é necessário combater amplamente os fatores de risco modificáveis/comportamentais, que estão relacionados ao estilo de vida.

Associando esta necessidade e a motivação deste trabalho e o fato de que as crianças escolares têm habilidade de assimilar informações com facilidade, definiram-se como **questões norteadoras do estudo**:

- ✓ Como praticar educação em saúde com crianças escolares afastando-se do modelo vertical de transmissão de conhecimentos?
- ✓ Quais são os fatores de risco para DCNT a que são expostas as crianças em idade escolar em seus ambientes, segundo as próprias crianças?
- ✓ Quais são os conhecimentos sobre vida saudável que a criança em idade escolar possui que podem torná-la corresponsável pela própria saúde?

Para atender a essas questões foram elaborados os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- ✓ Elaborar a partir do conhecimento das crianças um instrumento lúdico em forma de jogo sobre hábitos saudáveis em saúde.

Objetivos específicos:

- ✓ Descrever quais são os fatores de risco para DCNT a que são expostas as crianças em idade escolar em seus ambientes, segundo as próprias crianças.
- ✓ Analisar o conhecimento de crianças sobre vida saudável que pode torná-las corresponsáveis pela própria saúde.

As contribuições deste estudo para a assistência, para o ensino e para a pesquisa têm enorme **relevância** considerando que a produção de conhecimento na área de prevenção das DCNT com ações para as crianças atuando no empoderamento destas, é pouco conhecida, contudo apresenta importância significativa ao observar os danos que tais doenças podem causar. O enfermeiro como profissional da assistência direta ao paciente também está sendo favorecido pois ganha um instrumento de trabalho com crianças que permite a prática da educação em saúde de forma lúdica, divertida, distante das práticas maçantes e pouco eficazes onde a participação era obrigatória e a aquisição de conhecimentos nem sempre acontecia. As contribuições para a pesquisa em Enfermagem estão em vislumbrar uma forma de pesquisa ativa, que permita a visão do sujeito da pesquisa como ser singular, produtor de uma realidade particular e principal agente responsável pelas modificações que se pretende alcançar na pesquisa. Para se obter êxito em ações de educação em saúde é necessário conhecer o sujeito e seus ambientes para que as práticas sejam direcionadas para sua realidade. Que este estudo possa ser uma ferramenta de trabalho para enfermeiros da assistência e de pesquisadores.

CAPITULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 A Educação em Saúde através de jogos: o estado da arte

Para aprofundar os conhecimentos sobre as práticas de educação para promoção da saúde para crianças por meio de jogos realizou-se uma revisão integrativa de literatura partindo da elaboração da seguinte questão: Quais são os jogos/brinquedos que têm sido utilizados pelos profissionais de saúde para atividades de educação em saúde?

A pesquisa foi realizada no mês de fevereiro de 2013, por meio de busca virtual de artigos científicos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas seguintes Bases de Dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados em Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System online (MEDLINE). Também foram pesquisadas as bases de dados National Library of Medicine (PUBMED) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHAL).

Foram utilizados os descritores “educação em saúde” e “jogos e brinquedos” e seus correspondentes na língua inglesa (Mesh) “Health Education” e “play and playthings”. O operador booleano utilizado foi “and”. Em relação à busca realizada na base de dados PUBMED foi necessário incluir o mesh “child” para apurar a pesquisa.

Para refinamento da amostra foram definidos os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados nos idiomas português, inglês, espanhol e francês; artigos na íntegra de forma gratuita nas bases de dados pesquisadas, estudos realizados com seres humanos e pesquisas onde o público da atividade educativa fossem crianças e/ou adolescentes. Os artigos que não descreviam claramente os jogos e/ou brincadeiras, que apresentavam atividades de Educação em Saúde para pessoas com patologias já estabelecidas e que se encontravam indisponíveis foram excluídos.

A busca resultou em 117 publicações, sendo: 13 no LILACS, 31 no MEDLINE, 02 na BDENF, 20 no CINAHAL e 51 no PUBMED. Após a leitura minuciosa dos resumos e aplicados os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 4 artigos no LILACS, 04 no MEDLINE, 3 no CINAHAL e 2 no PUBMED. Os dois estudos encontrados na BDENF foram excluídos por não responderem a questão proposta, e por fim, 13 artigos foram selecionados, indicados no quadro 2.

De acordo com os resultados obtidos nas bases de dados selecionadas, verificou-se que há um grande número de publicações que abordam educação em saúde com utilização

de jogos, todavia os assuntos abordados são variados, desde ensinamentos para puérperas até orientações para mães de crianças portadoras de condições especiais como traqueostomias. Portanto, o número de publicações da amostragem que abordaram a educação em saúde como instrumento promotor de saúde para a criança/adolescente foi reduzido a 13 dentro de um universo inicial de 117 produções.

Quadro 2: Amostra de artigos da Revisão Integrativa

Título	Autores	Base de dados/Fonte	Ano	Tipo de Jogo/brinquedo
Teatro de fantoche como estratégia de ensino: relato da vivência	Rampaso DAL, Doria MAG, Oliveira MCM, Silva GTR ¹¹	BVS- LILACS Rev Bras Enferm, Brasília	2011	Teatro de fantoches
Evaluation of the ZIG-ZAIDS game: an entertaining educational tool for HIV/Aids prevention	Schall VT , Monteiro S, Rebello SM, Torres M. ¹²	BVS- LILACS Cad. Saúde Pública	1999	Jogo de perguntas e respostas com cartões e outros acessórios.
Un juego como estrategia educativa para el control de Aedes aegypti en escolares venezolanos	Vivas E, Sequeda MG de. ¹³	BVS- LILACS Rev Panam Salud Publica	2003	Jogo de perguntas e respostas com cartões
El juego como alternativa para la enseñanza de conceptos básicos de salud.	Lizardo JMC, Morán MR, Romero FG. ¹⁴	BVS- LILACS Rev Panam Salud Publica	2001	Jogo de tabuleiro
A novel school-based intervention to improve nutrition knowledge in children: cluster randomized controlled trial.	Lakshman RR , Sharp SJ, Ong KK, Forouhi NG. ¹⁵	MEDLINE BMC Public Health	2010	Jogo de cartas
The School Yard Kids: A Puppet Show to Promote a Healthy Lifestyle.	Wright ND, Soroudi N, Wylie-Rosett J, Lukoscheck P, Moadel AB. ¹⁶	MEDLINE J Nutr Educ Behav	2007	Teatro de marionetes
Kid WAVE - Get Healthy Game: Promoting a Healthier Lifestyle in Overweight	Wylie-Rosett J, Isasi C, Soroudi N, Soroker E, Perelstein AG, Sizemore C, et al. ¹⁷	MEDLINE Children. J Nutr Educ Behav	2010	Jogo de cartas com perguntas e respostas

Education of Young Children			MEDLINE		
Concerning Poison Prevention.	Butts J, Beck C. ¹⁸	Public Health Reports	1986	Teatro de marionetes	
Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/AIDS.	Barbosa SM, Dias FLA, Pinheiro AKB, Pinheiro PNC, Vieira NFC. ¹⁹	CINAHAL Rev. Eletr. Enf.	2010	Jogo de dominó	
Rides and Slides.	Lancey A, Salgado C. ²⁰	CINAHAL Nurs BC	2005	Jogo de tabuleiro	
Adolescent Preventive Health and Teams-Games-Tournaments: A Research and Development Paradigm Entering Its Fourth Decade of Research	Wodarski JS, Wodarski LA, Parris HN. ²¹	CINAHAL Journal of Evidence-Based Social Work	2004	Jogos de perguntas e respostas	
Fitwits MDTM: An Office-Based Tool and Games for Conversations about Obesity with 9- to 12-Year-Old Children	McGaffey AL, Abatemarco DJ, Jewell IK, Fidler SK, Hughes K. ²²	PUBMED JABFM	2011	Jogo de cartas	
Computer games to teach hygiene: an evaluation of the e-Bug junior game.	Farrell D, Kostkova P, Weinberg J, Lazareck L, Weerasinghe D, Lecky DM, McNulty CAM. ²³	PUBMED JAntimicrob Chemother	2011	Jogos de computador	

Fonte: autora da pesquisa

A análise dos estudos permitiu observar que a maioria objetivou pesquisar a aceitabilidade e/ou a eficácia da atividade educativa por meio dos jogos propostos ^{13-19, 21-23}.

A escolha pelo uso dos jogos é definida como ideal para construção de pensamento crítico e reflexivo, além da motivação, participação ativa e proximidade com a realidade vivida através do imaginário ¹¹⁻¹³. O jogo pode ser usado para introduzir a criança em um estilo de vida ^{16,17} aumentar seu autoconhecimento ¹² e desenvolver competências ¹³.

O conhecimento prévio é enfatizado como colaborador do aprendizado ^{12, 23}, no entanto, um estudo esperava aquisição maior de conhecimento após a intervenção, mas o conhecimento prévio era maior do que o esperado pelos pesquisadores ²³. Neste sentido é

fundamental a análise do contexto da criança para a criação e aplicação de uma tecnologia educativa divertida e eficaz.

Os estudos de intervenção com grupo controle obtiveram um número significativo dentre os tipos de estudo identificados^{14,15,21}. Este resultado tem valor mediante ao fato de que a avaliação da eficácia da atividade educativa deve ser realizada a fim de rever métodos, técnicas e abrangência da atividade. Uma intervenção só é eficaz quando atinge os resultados esperados, neste caso, a aprendizagem. Todavia a mensuração da aprendizagem é questionável, pois necessita de mais itens do que a simples averiguação do aumento do conhecimento sobre determinado tema.

Os jogos para alcançarem seus objetivos de forma prolongada e permanente devem ser estipulados mediante um plano de execução a longo prazo, contando com outras atividades paralelas de avaliação e integração dos pais, professores e outros setores da comunidade. O conhecimento adquirido apenas pode ser avaliado pela mudança de comportamento a longo prazo, portanto a ausência de avaliação por um período prolongado após a execução da atividade lúdica leva a falhas nos processos de mensuração da eficácia do jogo educativo^{12, 14, 15}.

Apesar da constatação acima, muitos estudos afirmam a aquisição de conhecimento com o jogo educativo, algumas vezes declarando a necessidade de avaliações posteriores^{13, 14, 18-21, 23}.

Um dos estudos que valorizam a participação dos pais utiliza um programa que permite envolver os pais como componente crítico da intervenção²¹ e o outro sugere a criação de cartilhas para os pais sobre os tópicos abordados na intervenção lúdica¹⁶. O envolvimento dos pais deve ser compreendido como uma prática intersetorial, pois condições socioeconômicas e comportamentos de risco praticados pelos pais afetam diretamente a conduta das crianças/adolescentes que não podem ser conduzidos a modificações positivas apenas com ações de educação para a saúde em contextos escolares ou de unidades de saúde. Ações governamentais, como os programas de combate a miséria no Brasil, e ações não governamentais promovidas por empresas e/ou grupos para diminuir a marginalização destas famílias são colaboradores imprescindíveis das práticas de educação em saúde.

Enfatiza-se a necessidade de que os profissionais de saúde estejam abertos às novas práticas para atender às necessidades da população atendida e se habilitarem para tal^{11, 12},

sendo assim para desempenhar a atividade lúdica é necessário o conhecimento técnico e científico. Ainda considera-se que estas estimulam o mediador e o sujeito social a abandonar a condição passiva do “aprendizado bancário”¹² para que ocorra o comprometimento com a construção de conhecimentos que transformem a realidade.

Os jogos ou brinquedos têm as características de serem agradáveis, criativos, descontraídos, inovadores e de promoverem entusiasmo, aspectos salientados por diversos estudiosos dentre suas conclusões^{12, 15,16,19,20,22}. Considerando outras questões, os jogos foram declarados como uma solução pouco dispendiosa e de fácil execução¹⁶.

O conceito de jogo é amplo, desta forma é interpretado de diversas perspectivas por autores distintos. O jogo infantil inclui características como o simbolismo, a significação (permite relacionar ou expressar experiências), a atividade, o voluntário ou intrinsecamente motivado (incorpora motivos e interesses) e as regras (implícitas ou explícitas). Os jogos permitem ao jogador a liberdade de ação, o caráter voluntário, o prazer, as regras, o “não sério”, a imaginação¹¹.

Observou-se que os jogos são a escolha quando se deseja trabalhar com grupos de indivíduos em torno de 30-40 pessoas ao mesmo tempo e que a escola é considerada ambiente favorável para execução das atividades lúdicas por reunir vários fatores: crianças prontas para trocas de saberes, profissionais habilitados para prática do lúdico, participação de diversos setores da comunidade no ambiente escolar e presença dos pais como colaboradores. Contudo, esta seria a escola ideal. Na prática, não existem todos estes fatores concomitantes, mas se for possível aproveitar o máximo do que existir será possível criar crianças reflexivas, críticas da sua figura social.

O principal achado nos estudos foi que os jogos motivam, tornam a aprendizagem divertida, atraente e geram algum grau de conhecimento sobre o assunto abordado, conseqüentemente são importantes ferramentas para praticar promoção da saúde por meio da educação em saúde.

1.2 A Promoção da Saúde

A promoção da saúde adquiriu ênfase na segunda metade do século XX após ser destaque de discussões em encontros e conferências de saúde de âmbito mundial. Firmava-se neste período a mudança de orientação da questão da saúde que antes se centrava na enfermidade.

No entanto, dois fatos foram significantes neste processo: a abertura da China nacionalista ao mundo exterior, permitindo à OMS a realização de duas missões de observação de especialistas ocidentais lideradas por Halfdan Mahler* (1973-1974) e o movimento Canadense originado do Relatório Lalonde. O Relatório ou Informe Lalonde foi divulgado em 1974, no Canadá, com o título original de “A new perspective on the health of Canadians”⁸. Os custos crescentes da assistência à saúde e o questionamento do modelo médico centrado no tratamento das DCNT foram decisivos para a realização deste estudo²⁴.

Através do Informe Lalonde, identificou-se que a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida estavam relacionados às principais causas de morbimortalidade no Canadá, no entanto, a maior parte dos gastos diretos com saúde concentrava-se na organização da assistência. Foram propostas, portanto, cinco estratégias para abordar os problemas do campo da saúde: promoção da saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos. O informe favoreceu a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, em Alma-Ata, com grande repercussão em quase todos os sistemas de saúde do mundo²⁴.

Este avanço no Canadá foi alvo de críticas, pois além do enfoque individual, “ao mesmo tempo em que poderia influenciar o alcance de uma melhor saúde, estava, por outro lado, culpando a própria vítima por sua possível enfermidade”^{8:11}.

Ademais, outros estudos ampliaram o enfoque da promoção da saúde, dando a esta uma abordagem social, como por exemplo, o Relatório Black, produzido na Inglaterra sob o comando de Sir Douglas Black em 1980, despertando a atenção internacional para a amplitude da iniquidade social e a relação de classe social com indicadores de morbidade e mortalidade, assim como o questionamento sobre as ações exclusivas do setor de saúde para deter tais indicadores^{8,26}.

Enquanto isto, na China, desenvolvia-se uma observação direcionada ao cuidado da saúde que ultrapassava a tradicional abordagem da atenção médica⁸. Mas esta observação que referia um conjunto de atividades para a melhoria da saúde e incluía uma série de

*Halfdan Mahler, foi um clínico geral dinamarquês e veterano da saúde pública, eleito Diretor-Geral da OMS em 1973, um dos maiores defensores desse modelo de saúde. Mahler era um líder carismático com profundas convicções morais, para quem a “justiça social era uma expressão sagrada”. Ele se enraivecia ao ver as iniquidades globais de saúde existentes e o sofrimento evitável pelo qual estavam passando milhões de pessoas pobres e marginalizadas. Participou de campanhas verticais contra doenças específicas na América Latina e na Ásia e estava convencido não só de que essas abordagens não eram capazes de resolver a maioria dos maiores problemas relacionados à saúde, como também que o foco excessivo na tecnologia de cura estava causando distorções nos sistemas de saúde de países em desenvolvimento²⁵.

ações de atenção coletiva aos diversos grupos sociais, com ações intersetoriais e de caráter social, além de dispensarem atenção para o ambiente e ter aspecto de autossustentável (mesmo sem a utilização deste termo na época em questão), não pode ser publicada como livro (como era intenção da OMS) por intervenção das autoridades chinesas. Estes dois fatos, o Informe Lalonde e os estudos na China, criaram bases para importantes movimentos para a estruturação de um novo paradigma na área da saúde, concomitantemente com a insatisfação dos indivíduos envolvidos na organização dos setores de saúde de diversos países.

Em setembro de 1978, na Conferência de Alma-Ata ocorrida na antiga União Soviética (URSS), com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000, foi afirmado “que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde”⁸. Esta ampliação do olhar sobre os determinantes da saúde que envolvia cada indivíduo como ator da própria saúde e enfatizava o caráter intersetorial da saúde iniciava o longo caminho a ser percorrido para a construção da promoção da saúde.

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em novembro de 1986, ocorrida no Canadá apresenta sua Carta de Intenções para atingir saúde para todos no ano 2000 e uma definição de promoção da saúde como: “nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente”^{8:19}.

Vale destacar que na Carta de Ottawa foi associado o conceito de saúde como uma produção social e não apenas individual, enfatizando que a responsabilidade pela saúde não é exclusiva do setor de saúde e transcende o estilo de vida saudável chegando a um bem estar global.

Esta Conferência surge como uma resposta às expectativas mundiais por uma nova saúde pública, centrando as discussões nos países industrializados e baseando-se na Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde. A afirmação da necessidade de envolvimento intersetorial e da participação de outras áreas dos governos, além da área da saúde, é muito bem estabelecida. A noção de ambientes saudáveis congrega a mudança no modo de trabalho e lazer e integra mais um ramo da participação

na promoção da saúde. O encorajamento da ajuda recíproca no sentido de cada um cuidar de si próprio, do outro e da comunidade é o princípio geral e a conservação dos recursos naturais do mundo passa a ser encarada como uma responsabilidade global.

Ainda no documento produzido em Ottawa, a equidade é apresentada como um dos focos da promoção da saúde, visto que as ações de promoção da saúde visam reduzir as diferenças nos estados de saúde da população e garantir oportunidades e recursos igualitários com o intuito de desenvolver nas pessoas a capacidade de realizar completamente o seu potencial de saúde^{4,5,8}. Neste sentido, são necessários ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, assim como oportunidades que ofereçam opções de escolhas por uma vida mais sadia.

A Conferência de Ottawa foi a primeira de uma série de conferências internacionais com os mesmos objetivos: discutir a promoção da saúde e motivar a geração de políticas públicas saudáveis. Seguiu-se a I Conferência em Ottawa em 1986: Adelaide em 1988, Sundsvall em 1991, Jacarta em 1997 e México em 1999, todas com caráter internacional e outras duas de caráter sub-regional em Bogotá (1992) e Port of Spain (1993)^{5,8}.

Todas estas conferências desempenharam importante papel na manutenção da motivação e interesse sobre o tema principal e igualmente ampliaram os avanços nos campos de ações permitindo que os objetivos traçados ficassem mais próximos. Com estes encontros o conceito de promoção da saúde evoluiu e passou a ser vinculado a outros valores além da própria saúde: solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria.

A ideia de intersectorialidade torna-se apenas uma das necessidades para construção do termo promoção da saúde que, além disso, está relacionado à ideia de “responsabilização múltipla”, envolvendo as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersectoriais^{4,24}.

Na Declaração do México, produto da Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Cidade do México, em junho de 2000⁸, ocorre o reconhecimento do nível de saúde como necessário para o desenvolvimento social, econômico e a equidade, semelhante ao descrito na Carta de Ottawa 14 anos antes. Há afirmação do surgimento de melhorias significativas da saúde através de esforços de governos e sociedade em conjunto em diversos locais do mundo, contudo constatam que muitos

problemas de saúde ainda persistem. A saúde para todos no ano 2000 não se tornou uma realidade, mas o caminho foi traçado.

1.3 A Educação em Saúde

As primeiras ações de educação em saúde que foram desenvolvidas no Brasil datam de 1924, no município de São Gonçalo, no Estado do Rio de Janeiro²⁷, e desde este período até o início da década de 80 vinculava-se à idéia de prevenção de doenças, com uma abordagem centrada na educação sanitária.

Diferentes concepções e práticas têm marcado a história da educação em saúde no Brasil, mas, até a década de 70, a educação em saúde foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados. Para os grupos populares que conquistaram maior força política, as ações de educação em saúde foram esvaziadas em favor da expansão da assistência individualizada à saúde²⁸.

A educação em saúde ganha uma dimensão desvinculada da doença e da prescrição de normas, quando passa a ser considerada como uma das estratégias básicas para a promoção da saúde. Esta proposta formalizada na Carta de Ottawa de 1986 define educação em saúde como um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo, construtivistas e transversais a vários campos de atuação, desenvolvidas com gestores, movimentos sociais, grupos populacionais específicos e a população em geral, na maioria das vezes com o objetivo de sensibilizá-la para a aderência a projetos que contemplam as estratégias propostas²⁹.

Ainda na Carta de Ottawa⁸, a educação em saúde é vista como um recurso para desenvolver habilidades pessoais e sociais associadas à divulgação de informação, como uma ação contínua, por toda a vida. Os ambientes para desenvolvimento das atividades de educação em saúde são variados, como escolas, lares, locais de trabalho e em diversos espaços comunitários e as ações devem ser realizadas por intermédio de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, e pelas instituições governamentais^{5,8}.

A partir da década de 80, diversos movimentos políticos enfatizaram a educação em saúde como prática dos profissionais de saúde que atuavam na assistência direta ao indivíduo. No entanto, no início desta década, esta prática ainda era baseada na

verticalização, ou seja, na transmissão de informações sem avaliar o contexto de cada indivíduo, sem promover a autonomia do sujeito.

Um estudo de 2005³⁰ que realizou uma revisão dos documentos do Ministério da Saúde de 1980 até 1992 mostra de forma clara uma mudança no discurso oficial da educação em saúde, de uma perspectiva tradicional baseada na imposição de modelos para uma abordagem voltada para a participação comunitária.

A educação em saúde como procedimento de atenção e de cuidado foi instituída pela NOB/96 que a define enquanto componente da tabela de pagamentos de procedimentos do SUS²⁹.

Outras definições de educação em saúde reforçam a necessidade de participação da comunidade e de mudança da estrutura prescritiva para um modelo apoiado na valorização individual com participação comunitária e ações intersetoriais.

A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) em 2007 estabelece as diretrizes da educação em saúde, fundamentando-se na promoção da saúde e considerando que a “Educação em Saúde se constitui como um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde e de saneamento ambiental”³¹.

Na prática, a educação em saúde é protagonizada cotidianamente pelos profissionais da saúde, porém os métodos pedagógicos não fazem parte destas ações de forma tão rotineira. Cada profissional estabelece as suas formas de executar as ações de educação em saúde em consonância com as experiências apreendidas no decorrer da carreira e com a sua carga cultural.

Além disso, a formação acadêmica dos profissionais da saúde ainda é baseada na visão prescritiva, onde o conhecimento do profissional é imposto ao indivíduo que é apresentado como possuidor de uma necessidade de aprendizado.

Documentos elaborados pelo Ministério da Saúde repreendem este modelo de educação em saúde onde a concepção positivista, na qual a educação em saúde é vista de forma reducionista, com práticas impositivas, prescritivas de comportamentos e desvinculadas da realidade dos sujeitos, e torna estes sujeitos passivos das intervenções, por diversas vezes coercitivas e punitivas²⁸.

A evolução do conceito de educação em saúde remete a um processo dinâmico, sistemático e permanente levando à formação de uma consciência crítica do indivíduo que o possibilita a construção de ações coletivas para solucionar os seus próprios problemas e de sua comunidade. A formação desta autonomia leva em consideração a realidade de cada cidadão e assim rompe com o modelo reducionista de promover a saúde centrada na prevenção de doenças específicas.

No ato de repensar a participação social emancipatória no campo da saúde e na tentativa de valorizar e qualificar as práticas de educação em saúde e consequente fortalecimento do SUS, o Ministério da Saúde elaborou o conceito de Educação Popular em Saúde que se apresenta como “portadora da coerência política da participação social e das possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida que todos nós merecemos”²⁸.

Este novo modelo denominado Educação Popular em Saúde teve sua origem na educação popular das experiências de Paulo Freire na década de 60. A educação popular em saúde é definida como uma metodologia de aprendizagem que possibilita ao sujeito aprender a refletir sobre sua realidade, a buscar soluções e assim construir um conhecimento significativo²⁸.

O método da educação popular em saúde tem como princípio a problematização, fazendo com que a análise crítica das situações necessite de ação e reflexão para solucionar os problemas reais. O profissional de saúde participa deste processo como facilitador das ações, deixando para trás a figura de único detentor do saber e mero transferidor de conhecimentos.

Desta forma a finalidade da educação em saúde, que é a transformação³⁰, pode ser alcançada, pois nela são agregados saberes distintos para a resolução dos problemas reais. O Caderno de Educação Popular em Saúde do MS relaciona esta parceria afirmando que a construção das ações deve ser embasada por diferentes olhares, incluindo o científico e o senso comum²⁸.

As Diretrizes da Educação em Saúde afirmam que sua ação, como área do conhecimento, contribui de forma decisiva para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social³¹.

Assim com uma abordagem de educação em saúde em que o indivíduo é chamado a participar ativamente na construção das reflexões e ações, e ainda está inserido em um contexto pedagógico que fomenta formas coletivas de aprendizado, espera-se uma maior abrangência da educação em saúde valorizando a cultura e o saber individual corroborando com a transformação pretendida na finalidade da educação em saúde.

1.4 Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Atualmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT ou DNT) são as principais causas de mortes e incapacidades em todo no mundo, com considerável importância do número de mortes prematuras, da perda de qualidade de vida (prejudicando a capacidade laborativa e de lazer), e ainda acumulando o impacto econômico para a sociedade em geral, distanciando o princípio de equidade do SUS.

Um relatório de 2010 produzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) revelou que das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 36 milhões, ou 63%, foram em razão das DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29% são de pessoas com menos de 60 anos. Nos países de renda alta, apenas 13% são mortes precoces³².

No Brasil a realidade não é diferente, pois estas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude correspondendo a cerca de 70% das causas de mortes e atingindo fortemente as camadas pobres da população⁴.

Apesar desta realidade desconfortante, na última década, houve uma redução, cerca de 20%, nas taxas de mortalidade causadas pelas DCNT⁴. Documentos do MS atribuem este decréscimo à expansão da atenção primária, a melhoria da assistência e a redução do consumo do tabaco desde os anos 1990, mostrando importante avanço na saúde dos brasileiros^{4,33}.

Embora a expectativa de elevação da incidência das DCNT seja perturbadora, a intervenção eficaz é possível e o seu impacto pode ser revertido através de ações de promoção da saúde que contribuam para a redução dos fatores de risco associados a estas doenças, para o diagnóstico precoce e para o tratamento adequado, avalizado pela realidade de cada indivíduo.

O termo risco é definido pela OMS como “probabilidade de um resultado adverso, ou fator que aumenta essa probabilidade”³². As condições de riscos múltiplos, que tendem a se agrupar em populações distintas, estão associadas com a etiologia das DCNT.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)³² também classificou os fatores de risco em dois grupos denominados por: fatores individuais e fatores comunitários (ou contextuais).

Dentre os fatores individuais estão:

- Fatores de risco não-modificáveis: a idade, o sexo, o nível de instrução e a composição genética;
- Fatores de risco comportamentais: onde são encontrados os principais alvos do Plano de Enfrentamento de DCNT no Brasil como o tabagismo, a má alimentação e a inatividade física;
- Fatores de risco intermediários: níveis séricos de colesterol, diabetes, hipertensão e obesidade.

Os fatores de risco Comunitários (contextuais) são compostos por:

- Situação socioeconômica: pobreza, emprego, composição familiar;
- Meio-ambiente: clima, poluição do ar;
- Cultura: práticas, normas e valores;
- Urbanização, que influencia a habitação, o acesso a produtos e serviços.

É notável que as principais DCNT tenham fatores de risco em comum como o tabagismo, a alimentação inadequada e a inatividade física, por exemplo. Tais fatores de risco são responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto^{34,35}. Partindo desta premissa é possível retardar ou evitar o aparecimento de mais de uma doença com a contenção dos mesmos fatores de risco.

Baseando-se na previsão dos danos causados pelas DCNT no Brasil, o Ministério da Saúde elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022⁴, contando com parceria de instituições de ensino e pesquisa, diversos Ministérios do governo, Organizações Não Governamentais (ONGs) na área da saúde, entre outros.

O Plano visa preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁴.

A união entre os diversos Ministérios denota o entendimento das DCNT como multicausal, sendo uma delas os determinantes sociais (baixa escolaridade, desigualdades no acesso à informação e aos bens e serviços). Esta visão corrobora com a intensão da educação popular em saúde, pois não vislumbram as DCNT apenas como produtos dos hábitos determinantes da saúde (tabagismo, sedentarismo e inatividade física).

Outra ação governamental de cunho internacional é a Iniciativa Carmem (Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial das Enfermidades Não transmissíveis), iniciada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 1996, ao apoiar o Programa de Prevenção Integrada de DNT nas Américas³⁴.

Em setembro de 2002, a Conferência Sanitária Pan-Americana aprovou um modelo de saúde pública para as DCNT, vinculado a quatro princípios³⁴ e ratificou a iniciativa CARMEN, denominada como Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis, como sendo a principal estratégia para a prevenção integrada de DCNT. Dentre os quatro princípios, são observados a perspectiva sistêmica que considera o contexto social, a avaliação de ações relativas à promoção de políticas ou programas ou ainda intervenções nos serviços de saúde, o apoio financeiro para garantir a universalidade do modelo e a avaliação das necessidades e perspectivas da população garantindo a atuação desta nos programas de prevenção e controle³⁴.

Mais uma vez o que ocorre é considerado individualidade, ou seja, cada indivíduo vive e enfrenta problemas singulares assim como as soluções encontradas por cada um. Este fator prevalece como determinante para o sucesso da iniciativa, igualmente à necessidade de mudanças nas políticas para permitir o alcance dos objetivos.

O objetivo geral da Iniciativa CARMEN é melhorar o estado de saúde de determinadas populações mediante a redução de condições de risco comuns às DNT³⁴.

O objetivo do Plano de Enfrentamento de DCNT é o de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas⁴.

A análise dos objetivos da Iniciativa Carmen e do Plano de Enfrentamento revela a similaridade entre ambos: ações voltadas para o coletivo, percebendo o contexto individual de cada coletividade, valorizando a intervenção nos fatores de risco, baseadas em evidências e atingindo a construção das políticas públicas.

1.5 A Consulta de Enfermagem

A consulta de Enfermagem (CE) pode ser definida como uma atividade prestada ao cliente onde serão identificados os problemas inerentes ao processo saúde-doença e planejados e implementados os cuidados de Enfermagem com o intuito de contribuir para a promoção, proteção, recuperação e/ou reabilitação do cliente ^{36,37}.

A denominação consulta de Enfermagem firmou-se no Brasil na década de 60 e foi regulamentada apenas em 1986, pela lei 7.498 de 25 de junho e, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem, constituiu-se em uma atividade privativa do enfermeiro, que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade³⁷.

No contexto atual, onde se fala em Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a CE participa como importante ferramenta da SAE e para isto necessita adequar-se à proposta metodológica de cada instituição.

A CE composta pelo histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de Enfermagem, semelhante ao processo de Enfermagem, mas vislumbrada como parte deste, deve ter seu objetivo bem definido e embasado em princípios científicos.

Cabe ressaltar que a realização da consulta de Enfermagem não significa a implementação da SAE, visto que esta última é de âmbito institucional e entende-se como toda abrangência do planejamento registrado da assistência de Enfermagem³⁸.

Estudos atuais visam conceituar Sistematização da Assistência de Enfermagem, Consulta de Enfermagem e Processo de Enfermagem, no entanto os conceitos são variados e muitas vezes se confundem como sinônimos entre si³⁸. A adoção de uma taxonomia internacional ou de conceitos bem definidos cientificamente e internacionalmente, evitará que estes termos sejam interpretados erroneamente.

Portanto, é fundamental estabelecer a consulta de Enfermagem como instrumento axial para a SAE não deixando de compreender sua importância no processo de valorar o trabalho do enfermeiro assim como é necessário compreender o desconhecimento, por parte da população, deste valor. Além do conhecimento técnico para realização da consulta de Enfermagem, o enfermeiro necessita criar modos de interagir com o receptor do cuidado de forma amistosa e criativa no intuito de tornar seus cuidados abrangentes. Os

jogos e brinquedos podem ser utilizados em consultas de Enfermagem com crianças para aumentar a motivação e interesse^{39,40}.

Para construir ações modificadoras na vida de outro indivíduo é necessário respeitar seu conhecimento prévio⁴¹, do mesmo modo que o pensamento crítico presente nas ações do cuidar da Enfermagem e as competências profissionais também fundamentam o profissional enfermeiro ao realizar a CE.

CAPITULO II: PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Caracterização do Estudo

Considerando a dimensão do problema investigado neste estudo optou-se pela abordagem da pesquisa qualitativa, descritiva, do tipo pesquisa-ação. A contribuição da pesquisa qualitativa para o campo da Enfermagem está em permitir um conhecimento detalhado de um fenômeno em determinada realidade.

A pesquisa-ação teve sua origem em trabalhos desenvolvidos na década de 40 nos Estados Unidos devido à necessidade de superar a lacuna existente entre teoria e prática^{42,43}. Através deste tipo de pesquisa se procura intervir na prática de forma inovadora ainda durante o processo da pesquisa⁴², ou seja, as modificações não são apenas resultados de um relatório ao final da pesquisa, ocorre realmente a intervenção, a elaboração do conhecimento e o seu desenvolvimento⁴³.

Cabe ressaltar que na pesquisa-ação o estudo da relação entre o saber formal, científico e o saber informal, popular tem o objetivo de melhorar a comunicação entre estes dois universos^{44,45}, assim não existem verdades científicas absolutas e o contexto em que o processo ocorre é valorizado porque é situacional^{42,45}. Esta última característica permite uma ação específica para cada diagnóstico levantado, portanto uma maior relevância nos resultados por não abordar de forma generalizada os sujeitos do estudo.

A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos e para isso envolve o uso de técnicas padronizadas para coleta de dados, como por exemplo, os questionários⁴⁶.

O interesse da pesquisa de campo, característica da pesquisa-ação, está voltado para o estudo de indivíduos, grupos, comunidades, instituições, entre outros campos. Neste tipo de estudo, o pesquisador pode examinar relações entre fenômenos diferentes e adquirir conhecimento íntimo do ambiente da pessoa. Sendo assim, a pesquisa do tipo de campo se aplica quando o pesquisador tem o interesse em observar a ocorrência do fenômeno no campo social e não discuti-lo apenas do ponto de vista da teoria⁴⁷.

Por vezes, a pesquisa-ação é tratada como sinônimo de pesquisa participante, já que ambas têm origem na psicologia social e apresentam certo distanciamento entre sujeito e objeto da pesquisa. No entanto, nem toda pesquisa participante é pesquisa-ação, já que na

pesquisa participante somente o pesquisador participa da investigação e na pesquisa-ação existe o caráter participativo com a atuação dos indivíduos investigados⁴³.

Portanto, a pesquisa ação definida como um tipo de investigação social relacionando pesquisa e ação, onde atores e pesquisadores se envolvem cooperativamente na elucidação da realidade na qual estão inseridos, indo além da identificação dos problemas na direção da construção de soluções em situações reais⁴⁴, deve seguir algumas etapas⁴²⁻⁴⁴ com caráter cíclico.

As etapas começam com a definição do problema^{42,43}, que neste estudo é verificado em duas frentes: o avanço das DCNT e a carência de meios para execução da educação em saúde de forma horizontal. A etapa seguinte foi constituída por uma pesquisa preliminar com fundamentação teórica, observação do cenário, contato com a instituição, identificação dos participantes e levantamento das necessidades.

A ação é a etapa em que se desenvolvem atividades de planejamento, intensificação da coleta de dados para o planejamento e implementação de ações imediatas e futuras^{42,43}. Ocorreu a elaboração de um plano de ação estabelecido em uma consulta de Enfermagem com um momento de entrevista onde a criança expressou seus conhecimentos sobre o assunto e como trabalha com as situações referentes durante seu dia a dia.

Neste momento, a criança atuou como principal agente da transformação, sentindo-se responsável e parte essencial da mudança, pois sem esta ligação entre pesquisador e sujeitos a mudança não é estabelecida como processo duradouro que exige esforços e ações contínuas⁴⁵.

A consulta de Enfermagem possibilitou o momento de troca entre as partes, enfermeira e crianças, e o processo de mudança de ambos começou neste ponto.

Como a pesquisa-ação é cíclica,^{42,43,45} as etapas seguintes serão consequências do jogo criado neste estudo, onde a avaliação dos resultados ocorrerá com sua aplicação possibilitando o redirecionamento das ações caso necessário.

O conhecimento gerado até o momento é de suma importância, pois viabiliza a prática da educação em saúde considerando os sujeitos como seres conscientes do valor de suas ações na mudança dos fatores que geram riscos e, portanto, como parte detentora de habilidades e capazes de somar o saber científico às suas práticas.

2.2 Cenário da pesquisa

O cenário da pesquisa foi a 3ª Policlínica do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ), situada no município de Niterói. Esta unidade básica de saúde atende exclusivamente os integrantes do CBMERJ, ativos e inativos, e seus dependentes devidamente cadastrados.

A instituição inaugurada em 16 de maio de 2003 conta com especialidades médicas diversas como pediatria, ortopedia, cardiologia, reumatologia, otorrinolaringologia, dermatologia, entre outras, além de profissionais de outras áreas da saúde como Enfermagem (enfermeiro, técnicos e auxiliares de Enfermagem), nutrição, odontologia, fonoaudiologia, fisioterapia, serviço social e psicologia. O funcionamento ocorre de segunda a sexta-feira das 8h às 17h.

Além do atendimento ambulatorial, a unidade possui laboratório, sala de raios-X, consultório odontológico e atendimento de emergência. Atualmente, a Policlínica conta com três enfermeiros atuando tanto na assistência direta ao paciente quanto na administração da unidade em uma carga horária de trabalho de 30 horas semanais.

2.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos deste estudo foram 19 crianças em idade escolar de 7 a 12 anos de idade, que utilizam os serviços da 3ª Policlínica de Niterói, acompanhadas pelos respectivos responsáveis legais durante a consulta de Enfermagem.

A idade escolar foi definida assim de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente que considera a criança até seis anos como pré-escolar e após 13 anos completos como adolescente⁴⁸. Esta faixa etária foi escolhida devido à criança já frequentar escola, saber ler e escrever, participar de atividades extracurriculares e assim, baseando-se pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender⁴⁹, ter pensamento, comportamento e meio ambiente interagindo na formação do comportamento de saúde.

A amostra da pesquisa foi estabelecida por conveniência atendendo aos critérios de inclusão e exclusão. Este tipo de amostra foi escolhido por obedecer à conveniência do pesquisador em poder formar a amostra com os sujeitos disponíveis para participar. Portanto as crianças foram escolhidas aleatoriamente levando-se apenas em consideração a existência de contato telefônico no prontuário da criança.

A pesquisa qualitativa não leva em consideração o critério numérico para assegurar a sua representatividade, a amostragem de qualidade é aquela que possibilita abranger todo o problema investigado em suas múltiplas dimensões⁵⁰.

Como critérios de inclusão foram considerados: crianças de 7 a 12 anos de idade; crianças acompanhadas por responsável legal; e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo responsável. Foram excluídas as crianças que se recusaram a participar da consulta de Enfermagem.

2.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida segundo legislação vigente sobre pesquisas com seres humanos⁵¹. Assim, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense sob o nº de Parecer 411723 (Anexo A).

2.5 A Produção de dados

A coleta de dados foi desenvolvida no período de agosto a setembro de 2013, sendo entrevistadas 19 crianças durante a consulta de Enfermagem, momento em que também era realizado exame físico completo e anamnese da criança. A consulta foi previamente agendada com os responsáveis pela criança, através de telefonema onde eram explicitados os objetivos da consulta.

Portanto, respeitando os preceitos éticos e legais, anteriormente à consulta de Enfermagem, foi realizada a leitura, juntamente com o responsável, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A). Através do Termo de Consentimento o responsável pela criança e a própria conheceram os objetivos da pesquisa

Para a instrumentalização da entrevista semiestruturada foi utilizado um formulário (APÊNDICE B) com eixos temáticos, dentre eles: caracterização da criança e de sua família, alimentação, atividade física, hábitos dos pais e/ou responsável legal, histórico patológico familiar, conhecimento das crianças sobre o que faz bem para o corpo e o que faz mal, conceito de ser saudável e conhecimento sobre as doenças que podem decorrer da ausência de hábitos saudáveis. As entrevistas foram gravadas em aparelho digital MP3 para preservar a integralidade dos discursos.

A duração média das entrevistas foi de 20 minutos e a consulta de Enfermagem durou entre 45 minutos e 1h e 10 minutos, considerando que algumas crianças apresentaram-se mais abertas ao diálogo e outras alguma timidez.

As entrevistas objetivaram coletar informações que permitissem traçar um perfil de hábitos de saúde dos sujeitos pesquisados, bem como captar os conhecimentos sobre os comportamentos que geram ou prejudicam a saúde.

A consulta de Enfermagem é uma prática de serviço das Instituições do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro. Na 3ª Policlínica de Niterói, a consulta de Enfermagem acontece no Programa de Diabetes através do atendimento ao paciente portador de pé diabético, e, no Hospital Central Aristarcho Pessoa, a consulta de Enfermagem foi instituída no serviço de Emergência como prática do Acolhimento e Classificação de Risco.

A consulta de Enfermagem com crianças está sendo avaliada na organização da instituição como forma de criar um ambiente de promoção da saúde infantil, com possibilidades de identificação de problemas de saúde, orientações pertinentes e encaminhamentos para outros profissionais.

2.6 O Processo de tratamento, organização e análise dos dados

De posse das entrevistas transcritas na íntegra e identificadas por codinomes de personagens infantis, escolhidos aleatoriamente pela pesquisadora como forma de preservar a identidade das crianças, foi realizada a análise dos dados com uso da Análise de Conteúdo, segundo Bardin⁵². Considerando os diferentes tipos desta análise, foi escolhida a análise temática/categorial por possibilitar a sistematização da técnica de análise de conteúdo e a ampla exploração do material.

Diversos autores definem a análise de conteúdo, mas Bardin a sintetiza como sendo “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”^{52:42}.

As etapas da análise foram seguidas conforme a definição de Bardin⁵² conferindo o rigor metodológico necessário a cada uma delas. Começando com a pré-análise onde foi

sistematizado o *corpus* de análise, realizada a leitura flutuante e exaustiva, seguindo com a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

A segunda fase, exploração do material, contou com a codificação e identificação de Unidades de Registro (UR), neste caso definidas como palavras que representassem o objeto de estudo.

As Unidades de Registro (UR) estão contidas em Unidades de Contexto (UC)⁵³, designadas pelas frases dos sujeitos entrevistados, que foram selecionadas e organizadas em um instrumento em forma de tabela onde foi possível elencar as UR relacionadas às UC para que assim permitissem a compreensão da significação das UR.

A partir daí foi realizada a quantificação das UR de acordo com o valor do significado das palavras para o tema em questão.

Ao final desse processo de análise foram elaboradas as seguintes categorias ***Entre o ideal e o real*** e ***As interfaces do ambiente para a saúde***.

Na primeira categoria – *Entre o ideal e o real* - foram agrupados os conhecimentos que denotavam entendimento do comportamento ideal para a saúde e o comportamento praticado de fato e ainda as estratégias que as próprias crianças criam como forma de enfrentar a exposição aos riscos relacionados aos hábitos não saudáveis.

A segunda categoria - *As interfaces do ambiente para a saúde* - descreve as interfaces geradas no ambiente de convivência das crianças e que influenciam diretamente nos conhecimentos adquiridos e nos comportamentos responsáveis pela saúde: a família, a escola e a comunidade. A saúde e a doença descritas antagonicamente pelas crianças, as ações que sugerem mudanças em prol da construção de hábitos saudáveis e o brincar como aliado para a saúde também constituem a segunda categoria.

A partir da discussão das categorias foi criado um jogo de tabuleiro com explanação dos fatores de risco comportamentais correlacionando-os às DCNT e suas consequências respeitando as questões singulares que cercam os sujeitos deste estudo, buscando favorecer o processo de conscientização dos indivíduos nas suas escolhas para uma vida mais saudável.

CAPITULO III: RESULTADOS E DISCUSSÃO

A incidência das DCNT está aumentando consideravelmente no Brasil e em todo mundo^{5,35} tanto relativa à mortalidade quanto à morbidade. Além da preocupação com as questões econômicas pelos gastos em saúde com o tratamento destas doenças e o índice de invalidez gerado^{54,10}, existe a preocupação com a qualidade de vida da população.

Medidas governamentais e não governamentais, algumas com auxílio de órgãos internacionais, têm sido adotadas no enfrentamento das DCNT. O controle dos fatores de risco e a promoção da qualidade de vida são as metas destas ações. Para sustentar estas ações é necessário conhecer a distribuição e a tendência dos fatores de risco na população e seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais⁵⁵.

Estudos demonstram o sucesso das intervenções de saúde pública sobre os fatores de risco comuns para as DCNT, por meio da vigilância destes e da promoção de modos de viver favoráveis à saúde e à qualidade de vida, além do monitoramento dos indivíduos considerados de risco^{54,55}.

Modos de viver favoráveis à saúde ou hábitos de vida saudável são resultados de uma combinação de fatores relacionados à cultura, crenças, valores compartilhados com os ambientes em que o indivíduo vive: família, escola, trabalho, entre outros. Associados a este fato, os fatores genéticos são responsáveis por parte dos fatores de risco para DCNT.

Pesquisas comprovam que crianças filhas de pais (ambos) obesos têm 80% de chance de serem obesas, caindo para 40% quando apenas um dos pais é obeso (pai ou mãe) e para 10% com ambos não obesos, quando comparadas às filhas de pais com peso normal⁵⁶. Quando os fatores de risco genéticos são associados aos fatores ambientais as chances de desenvolvimento de DCNT são ampliadas.

O compartilhamento de hábitos alimentares por indivíduos de uma mesma família é conhecido por pesquisadores do assunto⁵⁷, já a prática de atividade física é resultante de uma rede multifatorial onde crenças, influências ambientais, fases da vida, interações pessoais, entre outros podem influenciar variavelmente⁵⁸. Para tornar as ações de promoção da saúde eficientes os profissionais devem atuar em coalisão com outros setores a fim de atingir integralmente os indivíduos, ou seja, promover a saúde no ambiente familiar, na escola, no trabalho e na comunidade, além da unidade de saúde, e vislumbrar a realidade onde cada um está inserido. A enfermeira promotora de saúde não deve enxergar

a educação em saúde como uma prática vertical, baseada em cartilhas e manuais que não consideram a realidade individual de pessoas e de grupos.

Neste sentido, este trabalho constitui uma destas iniciativas individualizadas, ao buscar conhecer as crianças, seus hábitos de vida e suas famílias.

3.1 Conhecendo os participantes

Participaram da pesquisa 19 crianças, das quais 9 meninos e 9 meninas, com faixa etária variando entre 7 e 12 anos, sendo 47% com 9 anos de idade, 23,5% com 10 anos, 11,7% com 11 anos, 11,7% com 12 anos e 6% com 7 anos. Todas as crianças estavam matriculadas no ensino regular entre o 2º ano e o 7º ano do ensino fundamental, predominando crianças no 4º ano (47%).

A cor ou raça definida como a característica declarada pelas pessoas de acordo com as opções branca, preta, amarela, parda ou indígena⁵⁹ predominante entre os entrevistados foi a branca com 82,3%, enquanto 17,7% das crianças se declararam pardas. Observou-se dificuldade de algumas crianças em definir a própria cor da pele. Tais dados corroboram os encontrados em um estudo multicêntrico que caracterizou a população escolar brasileira em 2009, em que a maioria se autodenominava branca (40,1%) e em segundo lugar pardos (39,1%)⁵⁹.

Os sinais vitais compostos pela aferição da pressão arterial, temperatura corpórea, frequências cardíaca e respiratória variaram dentro da faixa de normalidade conforme mostra o quadro 3.

Quadro 3: padrões de sinais vitais e sinais vitais aferidos

	Sinais vitais dentro da faixa de normalidade ^{60,61}	Faixa de variação dos sinais vitais aferidos nos sujeitos da pesquisa
Frequência cardíaca	05-08 anos: média 105 (variação 68-150 bpm*) 08-12 anos: média 88 (variação 51-125 bpm*)	84 bpm* 63-94 bpm*
Temperatura axilar	35,9 a 36,7°C**	35,8- 37°C**
Frequência respiratória	5 a 14 anos: 17 – 22 mov./min.§	16-20 mov./min. §
Pressão arterial	Pressão média sistólica (percentil 50) para crianças > de 1 ano = idade em anos x 2 + 90	Pressão média sistólica= 96 mmHg§§

Fonte: consulta bibliográfica e dados da pesquisa. * batimentos por minuto; ** graus Celsius; § movimentos respiratórios por minuto; §§ milímetro de mercúrio.

Através da avaliação do Índice de Massa Corpórea (IMC) próprio para crianças e adolescentes entre 5 e 19 anos, segundo critérios da OMS, com relação à idade, e avaliação do percentil⁶², as crianças do estudo não apresentaram obesidade, mas entre os meninos houve uma incidência de 77,7% de risco de sobrepeso, enquanto entre as meninas esta porcentagem foi de 12,5%. A incidência de sobrepeso foi proporcional em ambos os sexos e a condição de eutrofia foi prevalente entre as meninas com 75%, enquanto os meninos apresentaram 11,1% de eutróficos como mostra o gráfico 1.

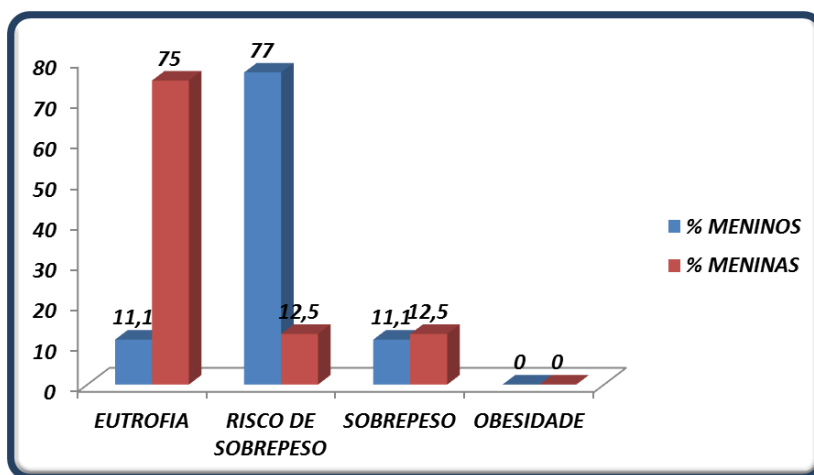


Gráfico1: condição de índice de massa corpórea comparada à idade

A origem da obesidade determina sua classificação em exógena e endógena, sendo esta última decorrente de distúrbios ou doenças hormonais e pouco frequente⁶³. A obesidade exógena tem causa multifatorial e decorre do desequilíbrio entre ingestão e gasto calórico^{56,63}. As consequências da obesidade são extensas e podem começar na infância com o estigma social embutido na presença deste agravo. Outras consequências podem advir em longo prazo tais como: dislipidemias, doença cardiovascular, câncer, diabetes mellitus, aterosclerose, problemas ortopédicos, distúrbios respiratórios, hipertensão arterial, dentre outros^{56,63}.

Um inquérito nacional do ano de 2009 e produzido pelo MS apresentou a porcentagem de indivíduos acima de 18 anos com excesso de peso de 50,4%, diferenciando homens com 56% e mulheres com 45%⁶⁴. Estes dados corroboram a idéia de que a obesidade é uma doença crônica com índices estatísticos alarmantes.

Diversos estudos analisam a prevalência de sobrepeso e obesidade entre crianças e adolescentes e apresentam dados com relação direta aos encontrados nas crianças deste estudo⁶⁵⁻⁶⁷.

Com relação ao perfil alimentar, 80% das crianças refere apresentar hábitos alimentares com frequência de 5 refeições diárias, atendendo assim aos critérios ideais de não permanecer longos períodos sem alimentar-se. O MS e a OMS⁶⁸ recomendam que o consumo de vegetais (frutas, legumes e verduras) seja no mínimo de 6 porções diárias, sendo três refeições intercaladas por lanches saudáveis. Então, considerando nenhuma = zero, poucas > que 1 < 5 porções e todas > ou = a 5, somente 23,5% das crianças relataram ingerir no mínimo 5 porções de vegetais por dia, 47% consome entre 2 e 4 porções de vegetais ao dia e 6% não consomem nenhum vegetal. Vale ressaltar que 17,6% das crianças não conseguiram definir a quantidade de hortaliças e frutas que consomem diariamente.

O consumo de cereais, leguminosas (feijões), frutas, legumes e verduras deve atender de 55% a 75% da energia diária fornecida pela alimentação⁶⁴ e também é considerado ideal e fator protetor para as DCNT^{5,54,56,68}.

A escolha dos alimentos possui diversos determinantes, dentre eles o social e o cultural. No entanto, os sistemas de produção e de abastecimento influenciam fortemente na possibilidade de escolha dos indivíduos⁶⁸. A criança tende a se restringir na escolha dos alimentos que são ofertados a ela.

A diversidade alimentar contribui para a manutenção da saúde na prevenção de doenças infecciosas, pois colabora com a imunidade, e de DCNT, além de evitar a monotonia alimentar⁶⁸. A afirmação de que o alimento saudável possui sabor não agradável é questionável. A criança tende a aceitar o alimento que já conhece, portanto a oferta de frutas, legumes e verduras é determinante para sua escolha e consumo⁶⁹.

Dentre os vegetais citados como prediletos, as frutas foram à maioria com destaque para banana, uva e maçã. Entre as hortaliças, a alface teve a preferência absoluta da maioria das crianças com 11 citações como mostra o quadro 4.

Quadro 4: Preferências alimentares

FRUTAS	Número de citações	LEGUMES	Número de citações	HORTALIÇAS	Número de citações
Banana	6	Cenoura	4	Alface	11
Uva	6	Batata	2	Brócolis	3
Maça	6	Cebola	1	Couve-flor	2
Tomate	5	Chuchu	1	Agrião	1
Laranja	5	Beterraba	1		
Morango	5				
Abacaxi	3				
Pera	3				
Cereja	1				
Tangerina	1				
Mamão	1				
Ameixa	1				

Fonte: dados da pesquisa

Com relação aos vegetais que as crianças relataram não gostar, houve uma maior diversidade com respostas tais como: “todos”, “quase todos” e “coisas verdes”. Mais uma vez, as frutas foram citadas em maior número, mas dentre os legumes a abóbora foi a mais rejeitada com 3 citações, conforme mostra o quadro 5.

Quadro 5: Alimentos fora da preferência das crianças

FRUTAS	Número de citações	LEGUMES	Número de citações	HORTALIÇAS	Número de citações	Outros	Número de citações
Mamão	2	Abóbora	3	Brócolis	1	Feijão	2
Melão	2	Beterraba	1			Picles	1
Manga	1	Cenoura	1				
Melancia	1	Inhame	1				
Maçã	1						
Limão	1						
Banana	1						
Abacate	1						

Fonte: dados da pesquisa

A atividade física encontra-se presente no cotidiano das crianças do estudo: 88,3% praticam atividade física enquanto 11,7% não relataram essa prática. No entanto, dentre os que afirmaram realizar alguma atividade física, 53,3% praticam de forma regular e 46,7%

consideram os momentos em que estão brincando de correr, de piques diversos ou na educação física da escola.

O interessante é a compreensão da criança de que a atividade física pode ser praticada em momentos variados, como durante suas brincadeiras. Este conhecimento das crianças é respaldado pela definição de atividade física, que é diferente de exercício físico. A atividade física é definida “*como qualquer movimento realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia*”^{70:19} enquanto o exercício físico é “*uma categoria da atividade física definida como um conjunto de movimentos físicos repetitivos, planejados e estruturados para melhorar o desempenho físico*”^{70:19}.

Dentre os praticantes de atividade física de forma regular foi citada uma frequência mínima de duas vezes por semana. Uma criança relatou a prática do esporte 4 vezes na semana e outra apenas uma vez. A média de tempo gasto com o exercício físico é de 2,5h por dia.

As recomendações da OMS sobre atividade física para indivíduos de 7-17 anos inclui brincadeiras, jogos, esportes, transportes, tarefas, recreação, educação física ou exercício programado. O tempo envolvido nestas atividades deve ser no mínimo de 1 hora por dia, com intensidade de moderada a intensa⁷¹.

As atividades físicas mais citadas pelas crianças foram: futebol com 40%, brincadeiras de piques, correr e educação física na escola com 13,3% cada uma. Os demais como natação, handebol, jiu-jitsu e “Jogos da Prefeitura” foram citados uma única vez, cada um, como prática de exercício físico.

No que se refere à questão de possuir alguma doença, 58,8% das crianças negam. Dentre as doenças que 41,2% afirmaram apresentar estão: processos alérgicos (66.6%), afta, asma e hipermetropia, com 10,8% cada.

O conhecimento da criança acerca dos hábitos de saúde da mãe são maiores do que os conhecimentos relacionados ao pai.

A idade das mães e dos pais variou no mesmo padrão entre 32 a 49 anos. Foram identificadas que 100% das mães eram da cor branca, e quanto os pais, 70% eram brancos, 17,3% negros e 11,7% pardos. As crianças demonstravam certa dificuldade de afirmar a cor dos progenitores e, por vezes, alteravam a resposta.

O desconhecimento sobre peso e altura dos pais foi significativo, sendo que 88% não sabiam relatar o peso do pai e 41% não sabia relatar a altura. Neste caso, o

desconhecimento em relação às mães foi maior do que quanto aos pais, apresentado por 82% das crianças tanto em relação ao peso quanto em relação à altura. Mas, quando questionados se achavam a relação entre peso e altura dos pais adequada, a maioria afirmou estar dentro da normalidade, 35% afirmaram que as mães estavam acima do peso adequado, 33,3% que os pais estavam acima do peso e os demais não sabem responder ou tinham dúvidas (6% com relação às mães e 11,1% para os pais).

Os resultados para a prática de atividade física foi igual entre pais e mães (76,4%) sendo que uma criança afirmou que a prática de atividade física das mães incluía “arrumar a casa” o que, considerando as definições de atividade física, a afirmação procede⁷¹. A prática de exercícios em academia foi a mais citada, seguida pela corrida e caminhada, para ambos os sexos.

A frequência da atividade física dos pais e mães foi semelhante à frequência das crianças, de no mínimo duas vezes por semana e no máximo 5 vezes. No entanto, uma frequência citada por 17,6% das crianças preocupa: apenas nos finais de semana.

A ingestão de vegetais em pelo menos 3 refeições do dia (frutas, legumes e verduras) foi encontrada em 100% das mães e em 88% dos pais, segundo relatos das crianças.

A convivência familiar influencia diretamente nos padrões alimentares das crianças. Estudos demonstram que as intervenções para prevenção da obesidade em crianças têm maior efeito quando contavam com a participação dos pais, mas raramente os pais recebem suporte para a adoção de comportamentos saudáveis⁶³.

Quanto aos hábitos de uso de tabaco as respostas revelaram que 18% dos pais e 12% das mães fumavam.

Pesquisas apontam que 2.655 das mortes por câncer de pulmão, doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares poderiam ser evitadas todos os anos através da prevenção do tabagismo passivo⁷². O fumo passivo em domicílios brasileiro é responsável por 25 em cada mil mortes nas áreas urbanas⁷².

O fumante passivo é o indivíduo não fumante que convive com fumantes em ambientes fechados⁷³. A criança torna-se um fumante passivo em frequentes situações tendo o ambiente familiar como uma das mais perigosas, pois quem deveria protegê-la em primeiro plano está expondo as a riscos.

Dados da OMS comprovam que, apesar do tabagismo ativo ter apresentado uma diminuição de 20% nos últimos seis anos, o tabagismo passivo é a 3ª maior causa de morte evitável no mundo, sendo superada apenas pelo tabagismo ativo e o consumo excessivo de álcool⁷³.

O uso de bebidas alcólicas foi relatado como esporádico nos finais de semana, em festas e churrascos com percentagem igual para pai e mães (29%). O consumo excessivo de álcool, considerado um problema social, também apresenta repercussão na vida familiar do dependente⁷², não obstante, neste estudo não foram relatados dados relativos ao consumo excessivo de álcool.

A presença de doenças em pais foi afirmada por 18% das crianças, mas nenhuma delas soube informar qual era a doença e se o pai realizava algum tratamento. Já 35% das mães apresentavam alguma doença (17,6% HAS, 6% DM e 6% problemas ortopédicos) e apenas uma criança não sabia relatar qual a doença da mãe.

As doenças crônicas não transmissíveis foram relatadas em maior número na família das mães: 33,3% DM, 29,1% HAS, 20,8% AVE, 12,5% CA, 4,2% DPOC. Aproximadamente ¼ das crianças não conhecia o histórico patológico da família da mãe (23,5%) e o desconhecimento sobre o histórico patológico da família do pai foi ainda maior (41,2%). Dentre as doenças citadas, a HAS foi predominante (35,7%), seguida pela DM (28,6%), IAM (21,4%) e CA (14,9%).

O conhecimento sobre as DCNT e as forma de preveni-las deve ser de domínio do grande público para que os comportamentos saudáveis possam ser gerados no cotidiano dos indivíduos. Quando é permitido ao individuo realizar uma escolha é porque, provavelmente, houve a explanação de mais de uma possibilidade.

Paulo Freire diz que “*o mundo da consciência não é criação, mas, sim, elaboração humana*”^{74:9}. Quando a criança aprende algo novo adquire uma consciência de um mundo novo, formula hipóteses e conceitos próprios, algumas vezes imaginativos. Esta construção permite a estruturação de uma consciência libertadora, dotada de entendimento para realizar escolhas.

O conhecimento demonstrado pelas crianças sobre as DCNT presentes em suas famílias é o passo inicial para a prevenção, porque ao viver situações que lhes deram este conhecimento as crianças apreendem conceitos, atitudes, cuidados, causas e consequências.

As Categorias

Seguindo as etapas para análise de conteúdo de Bardin⁵² foram constituídos os passos para construção das categorias. Após a pré-análise prosseguiu-se com a codificação e identificação de Unidades de Registro (UR) com valor para o que se deseja conhecer nesta pesquisa. Então as UR foram definidas como palavras frequentes no discurso dos sujeitos da pesquisa. A partir de então foram selecionadas as Unidade de Contexto (UC), ou seja, as frases em que cada UR foi encontrada.

Depois de selecionadas e agrupadas as UC com as UR devidamente grifadas e quantificadas, foram elaboradas as subcategorias que, após profunda análise, geraram duas categorias principais como mostra o quadro 6:

Quadro 6: Categorias e Subcategorias.

Categorias	Subcategorias
<i>Entre o ideal e o real</i>	<ul style="list-style-type: none">- Entendem o ideal, as noções de equilíbrio- Reproduzem no discurso um comportamento de saúde- Reconhecem o que é prejudicial à saúde- Sugerem soluções para ter o ideal, para a exposição ao risco
<i>As interfaces do ambiente para a saúde</i>	<ul style="list-style-type: none">- Família e escola- Movimentos de mudança- Saúde como ausência de doença- O brincar

Fonte: dados do pesquisador

3.2 *Entre o ideal e o real*

O conteúdo apresentado nesta categoria é constituído pelas UC onde as crianças expressaram seus conhecimentos sobre as noções de equilíbrio e comportamentos ideais para a manutenção de uma vida saudável e sobre as ações que elas praticam no seu cotidiano.

Algumas das falas representam verdadeiras receitas do que se deve e do que não se deve seguir para garantir uma vida saudável, girando em torno da atividade física e dos

hábitos alimentares, em sua grande maioria. Apenas algumas crianças revelaram outras preocupações com comportamentos prejudiciais à saúde como o tabagismo, a exposição ao sol e o consumo de bebidas alcóolicas.

A expressão deste tipo de conhecimento remete ao segundo componente do Modelo de Promoção da Saúde proposto por Nola Pender, onde o sentimento e o conhecimento sobre o comportamento que se deseja alcançar, assim como a percepção do obstáculo ou barreira são os alicerces para alcançar o comportamento de saúde^{75,76}.

O Ministério da Saúde através do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 aborda as quatro principais doenças, que são as doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes, relacionadas aos fatores de risco, dentre eles os comportamentais, ou seja, modificáveis, tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade como fortes influências na morbidade e mortalidade relacionadas a estas doenças⁵.

Nesta perspectiva, as crianças entrevistadas demonstraram ter conhecimentos sobre três importantes fatores de risco: obesidade, inatividade física e alimentação inadequada.

Considerando que o conhecimento do comportamento da criança anterior à atividade de promoção da saúde favorece o planejamento desta, é imprescindível considerar os fatores pessoais da criança, assim como o biológico, psicológico, cultural e social⁷⁷.

3.2.1 Entendem o ideal, as noções de equilíbrio

Vida saudável é definida pelo Ministério da Saúde como um conceito amplo que depende de diversos aspectos relacionados ao modo de viver⁷⁸. Crenças, cultura, valores compartilhados com a comunidade associados aos fatores individuais fazem parte do complexo conceito de vida saudável bem como constituem alicerces para o conceito de saúde.

O conceito de saúde sofreu uma evolução no século passado e foi redefinido na Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, em 1978, deixando o modelo dicotômico saúde-doença e passando a ser definida como estado de completo bem-estar físico, mental e social, mais tarde sendo acrescentado também o espiritual, e não apenas a ausência de afecções ou doenças^{8,79}. Desta forma, saúde passa a

ser vista como um processo e é dependente de múltiplos fatores relacionando-se com o estado de vida saudável.

Ao perguntar para as crianças sobre o que é ser saudável foi possível identificar que seus conceitos são baseados em fatores referentes ao estilo de vida e, em sua grande maioria, aos dois fatores protetores para as DCNT: alimentação saudável e atividade física.

As UR identificadas sugerem que as crianças compreendem o que é necessário para um estilo de vida saudável, considerando o seu sentido complexo:

Exercícios físicos, melhorar a alimentação, beber bastante água, e comer frutas. (MINNIE MOUSE - 10 anos)

Eu acho, na minha opinião, que ser saudável é comer, é você ter um corpo saudável, ter uma alimentação boa, ter um... Ter um corpo, saudável, que... Que dê pra fazer tudo, praticar esporte, que não seja uma coisa muito... É, ter uma alimentação boa... Ter um corpo saudável... Ter uma vida... Boa. (FIONA – 10 anos)

Fazendo atividades físicas, se alimentando bem, dormindo num horário (Ininteligível) oito horas, por dia... De vez em quando pode tirar uma, de vez em quando tem gente que tira uma sonequinha, mas é depois do almoço, isso também serve. (PICA-PAU – 12 anos)

O conhecimento demonstrado permite perceber que “ser saudável” não é um conceito distante para estas crianças podendo ser atingido com atitudes cotidianas de bons hábitos abrangendo todos os campos influenciadores da saúde.

Os bons hábitos devem ser regidos pelo equilíbrio, afinal, em um mundo com tantas opções de estilo de vida, o equilíbrio é o caminho para a saúde. A fala a seguir corrobora a ideia de ações equilibradas para manter uma vida saudável:

Ser saudável, eu acho que é uma pessoa que ela se controla assim, tipo assim vê um doce e não quer atacar, tipo assim ... Então ser saudável é ser uma pessoa controlada, não atacar tudo o que vê pela frente. (DOCINHO – 9 anos)

Ao expressar a atitude de “ser controlada” a criança se coloca como protagonista das suas escolhas, deixando a posição de indivíduo que segue padrões comportamentais pré-definidos por outros indivíduos. Esta autonomia é pertinente quando se pretende colaborar na formação de um indivíduo capaz de tomar decisões para a promoção da própria saúde e da sua comunidade.

No entanto, esta autonomia precisa ser construída no homem que há séculos permanece embutido em um processo de massificação⁷⁴. Paulo Freire apresenta em seus textos a educação como prática libertadora dependente do processo de reflexão do homem para gerar o processo de conscientização. Assim a conscientização torna-se uma das principais tarefas da educação que realmente liberta, da educação que torna o homem respeitado como pessoa⁸⁰, um ser singular.

Nola Pender⁷⁷ em seu Modelo Teórico define pessoa como aquela capaz de tomar decisões, resolver problemas, dando ênfase no potencial de mudar comportamentos de saúde.

Eu diria que ser saudável não é só comer frutas e... caminhar todo dia. Ser saudável é... fazer o máximo de você pra poder é, ser o que você realmente queria, quer ser... uma pessoa boa e forte que... inteligente e que, pelo menos pode fazer alguma coisa. (WOLVERINE – 9 anos)

É aproveitar a vida, fazer uma atividade física, é... Se alimentando bem... E... Não, é... Não ficar... Não brincar, não trabalhar tanto, gastar muita energia, tem muita gente que gasta, acaba ficando exausto, e acaba trocando o horário, da comida... (PICA-PAU – 12 anos)

As afirmativas acima mostram a capacidade de refletir sobre escolhas, avaliar as circunstâncias e decidir o que é melhor para si mesmo diferente das respostas ditas “de livro” que demonstram apenas conhecimentos assimilados de forma mecânica sem que estes possam ser utilizados nas circunstâncias cotidianas da vida.

A gente não precisa parar de comer as coisas que a gente come pra ser saudável, só precisa comer mais frutas. Vegetais, e verduras. (WOLVERINE – 9 anos)

A autonomia e a noção de equilíbrio permitem que a criança afirme não ser necessário parar uma atitude para atingir uma vida saudável, assim como consegue distinguir que não é apenas uma ação isolada a responsável pelo estado de saúde.

O Modelo Teórico de Nola Pender trata o termo saúde com ênfase na melhoria do bem estar e no desenvolvimento de capacidades⁷⁷, assim como as crianças definem o “ser saudável”:

Eu acho que ser saudável é você se sentir bem com o seu corpo, se sentir bem com você mesma. (MINNIE MOUSE- 10 anos)

Ser saudável é ficar bem, se sentir bem sendo saudável, assim. (...) Eu fazia minha dieta direito com tudo que era pra comer... às vezes eu comia tudo, minha mãe me dava um Bis de sobremesa. Não precisa cortar, mas também precisa controlar. (DOCINHO – 9 anos)

Esta riqueza sobre o conhecimento do que é ser saudável vai além e revela citações com detalhes de como atingir este estado de saúde:

Comendo alimentos saudáveis, praticando esporte, não mais. (HOMEM DE FERRO – 10 anos)

O espinafre, o feijão... Peraí, deixa eu... Lembrar... O abacaxi, a maçã... O queijo... não! O queijo branco. E só! (...) A cenoura, que faz bem pros olhos... A uva, o morango, é... O alface, o tomate, é... É... Deixa eu pensar... O peixe! (BEN 10 – 9 anos)

Pela minha alimentação, pelos esportes que eu pratico, no colégio. (SHREK – 11 anos)

Melhorando minha alimentação. (MINNIE MOUSE – 10 anos)

Porque... eu até... todo dia... quase todo dia eu como... coisas... saudáveis. (WOLVERINE – 9 anos)

A gente pode comer hambúrguer, mas a gente não pode se viciar em comer hambúrguer. (PERNALONGA – 9 anos)

A autonomia e o equilíbrio expressados nas falas das crianças traduzem de certo modo a co-responsabilidade destes pequenos indivíduos para alcançar um estado de saúde ideal nos meios que seus ambientes de vida podem permitir, mas é também a expressão do desenvolvimento da capacidade de gerir suas ações em prol de uma vida saudável. Cabe destacar que as citações sobre alimentação saudável revelam o caminho para aumentar a saúde e o bem-estar, o autocuidado.

3.2.2 Reproduzem no discurso um comportamento de saúde

Visto que as crianças expressam sua compreensão de ser saudável fundamentando-a nos pilares da alimentação saudável e da atividade física, foi possível também identificar em suas falas a expressão do comportamento considerado ideal para manutenção da vida saudável.

A execução destas práticas saudáveis no cotidiano destas crianças depende de diversos fatores, no entanto, neste estudo, o conhecimento das crianças é que precisa ser valorizado.

Pra comer mais frutas, legumes, verduras e... praticar mais atividades físicas e não ser sedentário e pronto. Exercício, esporte é bom para... (Ininteligível) É... Como que eu posso falar... É bom para... o corpo! Para o nosso corpo ficar saudável... Para combater o estresse... E só! (BEN 10 – 9 anos)

ALIMENTOS QUE FAZEM BEM: É!... Abóbora, alface, tomate, pepino... banana... é! Isso aí é o que eu sei. (FRED FLINTSTONE – 9 anos)

Quando as crianças relatam que o exercício físico e a alimentação rica em vegetais são benéficos para o corpo humano, estão verbalizando o conhecimento que agregaram e transformaram em palavras para descrever um comportamento de saúde.

Diversos fatores relacionados ao indivíduo podem influenciar no seu comportamento para a saúde. Nola Pender descreve os fatores pessoais como os biológicos, psicológicos e os socioculturais como características gerais do indivíduo que influenciam o comportamento de saúde, tais como a idade, a estrutura da personalidade, raça, etnia e status socioeconômico⁸⁰.

Para este estudo a idade é considerada um fator preponderante, pois a criança nesta faixa etária apresenta o conhecimento que foi adquirindo no decorrer da vida, ainda curta, mas que corrobora a construção de conceitos que serão utilizados no decorrer da vida. O conhecimento da criança é fruto de uma ação partilhada, de um processo de mediação entre sujeitos⁸¹.

A partir deste pressuposto, as expressões de comportamentos ideais para a saúde apresentadas pelas crianças podem ser consideradas apreendidas em determinado momento de sua história e que tem especial valor na construção de ações de promoção da saúde, pois ao se expressar a criança liga pensamento e ação, e na perspectiva de Paulo Freire o homem regula e orienta sua ação concordando ou discordando com o que foi pensado e analisado, assim colaborando para o surgimento de um convite a repetir ou mudar as ações⁸⁰.

Um estudo de revisão⁸² abordou a relação entre as características dos alimentos e o comportamento alimentar, enfatizando que as experiências e o aprendizado modificam as preferências alimentares. Então se a criança tem acesso frequente a determinado tipo de alimento ela tem mais chance de incluir este alimento à sua rotina alimentar.

A expressão do comportamento de saúde também pode ser percebida na fala abaixo, porém com uma particularidade: a criança expressa o desejo de “comer” algo

saudável, e, com um adjunto adnominal de negação que demonstra algum exagero, relata não ter acesso ao alimento:

Às vezes eu procuro alguma coisa saudável pra comer mas nunca tem. Mas às vezes eu abro a parte de baixo da geladeira tem umas maçãs, às vezes eu como, às vezes eu como banana. E... eu acho que eu tô indo bem com a... com a minha alimentação. (WOLVERINE – 9 anos)

Além da influência dos fatores já descritos, assim como o acesso ao alimento, a situação do alimento é um ponto crucial. Pesquisas mostram que o consumo de frutas e verduras entre pré-escolares é maior quando os alimentos estão disponíveis em locais de fácil acesso e prontos para o consumo⁶⁹. Portanto, quando a criança sinaliza que procura o alimento e não o encontra ela está subsidiando ações para melhorar seu comportamento de saúde.

Os depoimentos das crianças apresentam evidências sobre a reprodução deste comportamento para a saúde:

Ultimamente eu estou comendo mais verduras e legumes. (PICA-PAU – 12 anos)

Porque eu costumo comer muitas frutas e legumes e verduras. Porque... eu como fruta, como legume, bebo muita água... é. (MINNIE MOUSE – 10 anos)

Eu gosto de tomate, tomate também faz bem, eu como banana, uva que também faz bem, como assim, a maioria coisa saudável. (FIONA – 10 anos)

Tais afirmações demonstram que nesta transição entre o real e o ideal, as crianças concordam com ações positivas para a saúde e as concretizam no mundo real. Mas, quando estes dados são associados aos da primeira parte das entrevistas, sobre as preferências alimentares entre vegetais (frutas, legumes e hortaliças/verduras), observa-se um ponto fraco na escolha ou no acesso aos vegetais. A preferência da maioria das crianças é restrita a um pequeno grupo de vegetais. Considerando que este estudo foi desenvolvido com crianças que residem em um país tropical, com uma agricultura rica, e que a descrição das crianças foi baseada em suas realidades, o comportamento alimentar apresentado como real configura também um comportamento de risco para as DCNT.

Para atuar na expansão da oferta de alimentos saudáveis, medidas governamentais têm sido adotadas, como, por exemplo, os acordos e parcerias com a sociedade civil, entre

eles, agricultores familiares e pequenas associações, para aumentar a produção e oferta de alimentos in natura⁵. Deste modo o acesso à alimentação saudável tende a ser facilitada.

A importância de viabilizar este acesso é dada quando são verificados os números referentes aos padrões de alimentação saudável e não saudável em inquéritos nacionais como o Vigitel 2010⁶⁴ que apresentou o consumo de frutas e hortaliças e de feijão em cinco ou mais dias da semana relatados por 29,9% e 66,7%, respectivamente, da população com mais de 18 anos. Este inquérito ainda demonstrou que o consumo de gordura na carne é alto, em 34,2% dos entrevistados.

3.2.3 Reconhecem o que é prejudicial à saúde

Nas questões que buscavam conhecimentos da criança sobre os fatores que são benéficos à saúde e os que podem causar mal, as Unidades de Registro levantadas em maior número relacionavam-se com a alimentação com consumo de: batata frita, gordura, refrigerante, doce, fritura, bebida alcoólica, açúcar, sal e carboidratos.

A redução da ingestão de sal e da quantidade de sal nos alimentos assim como as gorduras trans⁵ é uma das metas do MS. Entretanto, a mudança no perfil de consumo da população brasileira vem ocorrendo desde os anos 70 e um consumo maior de alimentos ricos em gorduras acompanhado da redução no consumo de alimentos ricos em fibras tem sido verificada⁸⁴.

Mas as falas das crianças mostram a preocupação com este fato:

McDonalds eu... não... o que faz, também faz mal, a batata-frita... as bebidas de lá, só algumas fazem mal porque lá tem suco de uva. Eu sempre peço... suco de uva, eu não peço batata-frita, eu peço um hambúrguer simples, com um hambúrguer bem pequeno... queijo... (WOLVERINE – 9 anos)

Lá tudo tem gordura!... (BEN 10 – 9 anos)

... fritura é uma coisa que não te leva a nada. Que não é necessário você comer. Você gosta de fritura, é lógico, mas não te leva a nada comer aquilo. (MINNIE MOUSE – 10 anos)

Hambúrguer, pizza, açúcar, muito sal. (PERNALONGA – 9 anos)

...é besteira, com gordura e fritura, só! (LINDINHA – 11 anos)

O elevado consumo de gorduras saturadas e colesterol aumentam consideravelmente o risco de doenças coronarianas, isquemias dentre outras doenças

cardiovasculares, assim como aumenta o risco para alguns tipos de câncer associados ao consumo de gorduras totais e saturadas.

As falas das crianças reproduzem a relação do consumo de gorduras e sal com as doenças crônicas de forma indireta, mas observa-se uma dificuldade de nomear estas doenças. Entretanto, é evidente a idéia de que os alimentos ricos em gorduras, sal e açúcar são prejudiciais à saúde:

E ele não pode “Traquinas”, mas ele come! Quando perguntado sobre quais os alimentos que fazem mal para o corpo: Batata-frita, hambúrguer, pizza, cachorro-quente... refrigerante... hum... deixa eu ver... pão de queijo, pastel...
(FRED FLINTSTONE – 9 anos)

Ai... eu não sei o nome da doença mas é quando a gente come muita fritura... Também... porque se você... toda massa, se você comer muita massa fica com açúcar, então se você comer muita massa e muito doce, você vai acabar ficando com muito açúcar no... no sangue... **(MINNIE MOUSE – 10 anos)**

... o nome da doença que dá se a gente ficar comendo besteira?
(PERNALONGA – 9 anos)

Além da redução do sal nos alimentos, do seu consumo e das gorduras trans, o Plano do MS prevê a promoção do esclarecimento do público sobre alimentação e atividade física, usando para isto diversas ações inclusive a mídia de massa. No campo da alimentação saudável ações como acordos feitos com a indústria para reduzir o teor das gorduras trans e para a redução de sal em 10% ao ano em pães, macarrão e outros grupos de alimentos tem sido priorizadas⁵.

Observa-se o impacto destas ações com a variedade de alimentos industrializados mostrando em suas embalagens frases chamativas, coloridas, dentro de balões mais coloridos ainda dizendo: “zero gordura trans”, ou “sem adição de açúcar”, ou “com menos sal”. Todos já leram estes anúncios ao fazer compras. Esta é uma forma de dizer que estes alimentos, mesmo industrializados, estão mais próximos do “ideal” para uma vida saudável.

O Ministério da Saúde, a partir de 2006, através do Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, citou recomendações para o consumo de sal restringindo a 5 gramas por dia, evitando temperos prontos, comidas industrializadas e lanches rápidos, os famosos fast food. Já o açúcar deve ser consumido apenas na forma simples, evitando bebidas industrializadas e doces em geral, enquanto a

redução do consumo das carnes gordurosas, embutidos, leite e derivados integrais atende às orientações sobre a redução do consumo de gorduras⁸⁵.

O discurso das crianças refaz estas orientações do MS de forma natural, sem indicações de medidas, mas com demonstração de que reconhecem o que é prejudicial. Neste ponto, o pensamento de Paulo Freire é ratificado, pois parece ter havido a “educação em comunhão”, mediada pelo mundo⁷⁴. Então a máxima freireana “ninguém educa ninguém” toma forma ao perceber nesse discurso o conhecimento técnico para promoção da saúde e para prevenção dos fatores de risco sem que eles tenham algum dia acesso aos documentos que descrevem tais regras. Este conhecimento é advindo do cotidiano destas crianças, das suas relações familiares e sociais.

O uso do tabaco, drogas ilícitas e bebidas alcoólicas foram menos citados pelas crianças, porém não menos valorosa:

Beber... Fumar... E utilizar drogas. (PICA-PAU – 12 anos)

Fumar, é... Que fumar deixa... A fumaça no pulmão, isso não é bom, beber também não é bom. É... Beber com... Essas... É... Com bebida al, al...Alcoólica. (FIONA – 10 anos)

Umás coisas que fazem mal pra nossa saúde ééé... bebidas alcoólicas, ééééé... Pessoas que fumam, crack, drogas. Tudo isso aí faz mal. (DOCINHO – 9 anos)

A OMS estima que 4,9 milhões de pessoas no mundo morrem a cada ano em decorrência do consumo do tabaco, além do fato que estudos comprovam que este consumo é responsável por 45% das mortes por doenças coronarianas, 25% das mortes por doenças cerebrovasculares e 30% das mortes por câncer. Outro caso danoso é o dos não-fumantes, ou seja, as pessoas expostas cronicamente à fumaça do tabaco têm mais chances de desenvolver câncer de pulmão e doenças cardiovasculares do que os não fumantes não expostos^{5,83}.

É importante destacar que o consumo do tabaco no Brasil obteve um declínio nos últimos anos, devido a estratégias multisetoriais lideradas pelo SUS: proibições de propagandas, promoções e patrocínio de cigarros, imagens de advertência vinculadas às embalagens dos produtos do tabaco, proibição de fumar em ambientes fechados, entre outros⁵.

Meu avô fumava, só que agora ele parou, que eu não, eu não gosto muito, porque eu acho que faz mal pra nossa saúde, que fica com algumas coisas no pulmão... (FIONA – 10 anos)

Na perspectiva *freireana*, quando a criança se expressa dizendo “*eu não gosto muito*” ela se afirma como consciência no mundo, ela objetiva e expressa, a palavra não é apenas o pensamento, a palavra é a “*práxis*”⁷⁴. Neste momento, a criança não está apenas dizendo que não gosta, mas está tomando consciência deste sentimento de negação ao que, pelo seu entendimento de mundo, prejudica o indivíduo, não só ao outro como a si mesmo.

3.2.4 Sugerem soluções para ter o ideal, para a exposição ao risco

Os seres humanos são diferentes não apenas em suas características físicas e biológicas, mas também nos fatores como hábitos de vida e do meio ambiente em que cada um está inserido. Neste sentido, é esperado que a reação de cada indivíduo a determinados fatores seja diferente.

Não obstante, as falas das crianças refletem semelhanças quando procuram soluções para o enfrentamento aos riscos que uma vida não saudável oferece. Ações que demonstram a vontade de ser saudável e ao mesmo tempo entram em embate com o “*ser criança*” são verbalizadas:

Eu... pararia de (Ininteligível) comer todos os tipos de besteira e só comeria fruta, cereais e a, e bebendo água... Às vezes, no McDonalds, eu peço a maçã e um suco de uva e peço um brinquedo, aí pronto, acabou. (WOLVERINE – 9 anos)

Você pode comer, mas com moderação. (MINNIE MOUSE – 10 anos)

Ah, a gente tem que praticar esporte, comer bem. Tem que beber bastante líquido. (BARBIE – 9 anos)

Ah, eu ia falar que é ser... praticar esporte, comer coisas saudáveis, não comer muito doce, essas coisas. (SININHO – 13 anos)

A visão de que a criança compartilha do mesmo mundo que o adulto é real, mas a perspectiva em que ela vê, percebe e vive o mundo é própria. O filósofo Maurice Merleau-Ponty já descrevia na década de 40 que a “*criança pequena*”, como denominava as crianças de zero a seis anos, vive o mesmo mundo que o adulto, com seu próprio ponto de vista e nunca reclusa em um “*mundo da criança*”⁸⁶.

Este mundo compartilhado entre as crianças e os adultos possui diversos estímulos que são percebidos e gera reações diferentes entre ambos. O indivíduo em sua relação com a realidade através de seus atos de criação, recriação e decisão institui a dinâmica do seu mundo e assim domina a realidade, humanizando-a⁸⁰.

Este indivíduo é constantemente massacrado pela publicidade que, em um mundo capitalista, não necessariamente prima pela saúde e bons hábitos de vida. Paulo Freire afirma que uma das maiores tragédias do homem moderno está na força dos mitos comandados pela publicidade organizada, fazendo com que o indivíduo renuncie a sua capacidade de decidir⁸⁰. Este indivíduo é massificado, perde sua identidade. A expressão de Freire “coisifica-se”^{80:43} define perfeitamente a condição do indivíduo neste processo.

Quando a criança cita o nome comercial da lanchonete famosa e descreve uma forma de minimizar o seu consumo neste local, ela cria uma solução para ser saudável no mundo em que vive e reforça sua capacidade de decisão. A criança com seu pensamento imaginativo desvia do caminho de massificação e cria formas de libertar-se, reagindo segundo sua própria vontade. Então, quando questionada sobre o que pode fazer para ser mais saudável, a criança responde:

Flexão... Às vezes também posso fazer jiu-jitsu, no condomínio. Futebol no colégio, também, como sempre eu faço... (SHREK – 11 anos)

Para o corpo. Pra, é... pra ter uma saúde boa... Que eu faço jiu-jitsu, mas que eu faço no sentido de defesa. Mas tem algumas lutas que servem pra... ajudar no... é... no corpo. Hidroginástica... pra ajudar... pra minha tia, que minha tia teve um problema. Derrame, né? Aí... ela faz hidroginástica. Aí, tem algumas, na praia, natação, no sentido, pra... ajudar o corpo. Aí já tem uma... pra cada um pra um sentido. (PICA-PAU 12 anos)

Além de reconhecer como pode atuar em benefício próprio a criança ainda visualiza a diferença entre ela e o adulto e distingue formas de cada um tornar-se mais saudável.

Neste mundo onde a internet predomina, a publicidade não tem barreiras e torna crianças vulneráveis a influências negativas, o consumo de alimento altamente calóricos é incentivado em publicidades diversas e pode estar relacionado a um aumento dos casos de obesidade. Em contraposição, há a valorização dos corpos esculturais, magros com padrões estéticos exigentes⁸⁷.

Estabelecer diálogos com as crianças, brincar, jogar são formas de estimular o pensamento crítico acerca de suas ações em meio a tantas opções de reações aos estímulos.

Este pensamento crítico é transformado em palavras refletindo atitudes que precisam ser subsidiadas:

...não ficar comendo todo dia besteiras, comer frutas, legumes e só no domingo comer um pouquinho de besteira e só. (PERNALONGA – 9 anos)

Evitar ficar na tv, no videogame, no celular. Fazer mais exercício físico, comer mais verduras, legumes e fruta. (BATIMAN – 7 anos)

Bebendo menos refrigerante, menos doce, essas coisas, praticando até mais esporte. (SININHO – 13 anos)

Ao expressar tais pensamentos as crianças transitam entre o mundo ideal e o real, não significando que estas não são realmente condutas adotadas por elas em seu cotidiano, mas que, quando se conhece as características das crianças, sabe-se que são inevitáveis as práticas infantis, as peripécias, os pedidos por saborear doces ou ficar horas em frente a uma televisão jogando vídeo game.

Merleau-Ponty, apesar de falar da criança pequena como aquela compreendida entre zero e seis anos de idade, não pensava a partir de faixas etárias e descrevia o ponto de vista da criança como se a mesma transitasse entre o mundo dos sonhos e o real, através da imaginação, maleável, em uma lógica diferente da apresentada pelos adultos⁸⁶.

Seguindo a perspectiva de Merleau-Ponty a visão da criança é o ponto de partida para desenvolver pesquisas corroborando para a afirmação prévia de que é necessário subsidiar ações estimuladoras de pensamentos críticos oferecendo à criança conhecimentos que permitam a escolha.

ENTREVISTADORA: Tudo isso faz mal pro corpo da gente? *Ué, pro meu faz, pro de vocês eu não sei... A gente deveria começar cortando as fumaças dos carros que tão passando, ali, ali, ali, ó, um acabou de passar ali soltando fumaça... É... as chaminés das fábricas também tem que parar de começar a soltar fumaça, a gente tem que parar de fazer queimadas, por aí. (LANTERNA VERDE – 9 anos)*

Beber... Fumar... E utilizar drogas. E... Esqueci o que eu... (Ininteligível)... (Ininteligível). Gastar só energia... e trabalhando muito. E esquecer de comer. (PICA-PAU – 12 anos)

Mas às vezes o nosso corpo precisa de açúcar e sal. (WOLVERINE – 9 anos)

As três falas acima demonstram esta capacidade de transitar entre mundos diferentes - o real e o ideal, pois descrevem acontecimentos e necessidades reais e ao

mesmo tempo são descritas soluções simples, singulares, produzidas pela imaginação e que, se acaso fossem concretizadas com a simplicidade imaginativa infantil, poderiam melhorar a qualidade de vida do mundo inteiro.

O conhecimento que permite à criança criar e recriar ações em resposta aos estímulos que sofre é originado na experiência do indivíduo com o mundo em que vive, portanto cada um constrói sua visão do mundo de forma própria e coletivamente constroem a história⁸¹.

A criança que salienta “*trabalhar muito*” ou “*Ué, pro meu faz, pro de vocês eu não sei...*” está construindo o conhecimento a partir de experiências e direcionando seu sentido para seu ser individual cooperando para um comportamento saudável.

3.3 As interfaces do ambiente para a saúde

A construção de ações de promoção da saúde depende do envolvimento de setores públicos e setores da comunidade de forma compartilhada e pactuada. Este pacto entre comunidade e serviços (escolas, unidades de saúde, etc.) configura uma interface entre ambos, assim como em uma determinada população existem as interfaces entre os membros que se relacionam. Por exemplo, os membros de uma família proporcionam troca de conhecimentos e auxílio mútuo em sua relação familiar caracterizando uma interface de um indivíduo com sua família. Esta mesma família gera uma interface de relação com os ambientes que frequenta como a escola, o trabalho, as unidades de saúde, as instituições religiosas, entre outros.

As interfaces geradas no convívio social são responsáveis pela formação do indivíduo, e, conseqüentemente, pela formação de seus hábitos saudáveis. Estudos relatam que intervenções relacionadas aos hábitos de vida de crianças obesas obtiveram melhores resultados quando incluíram a família da criança⁶³.

Estas interfaces também são responsáveis pela constituição dos conceitos de saúde e doença, e como não poderia deixar de ser percebido na fala das crianças, pelo movimento de mudança que assumem diante do conhecimento dos riscos e da necessidade de adoção de comportamentos saudáveis.

Por fim, o brincar, atividade inerente ao ser criança, é percebido em UC que expressam brincadeira como forma de manutenção do ser saudável¹⁴. O brincar representa

a imaginação em ação e é fruto das relações humanas, portanto oriundo das interfaces de relacionamento que o indivíduo criança possui.

Desta forma, nesta segunda categoria, foram reunidas as UC onde as crianças expressaram a influência das interfaces com a família e a escola, ambientes sociais fortemente presentes na vida da criança em idade escolar, explicitaram a vontade e as ações concretas envolvidas na construção de comportamentos saudáveis e assumiram o brincar como uma atividade física.

3.3.1 Família e Escola

Como já descrito anteriormente, os hábitos ou comportamentos de saúde são consequências, dentre outros fatores, das influências familiares e dos ambientes em que o indivíduo circula no decorrer de sua vida.

Para Nola Pender ambiente é definido como o contexto social, cultural e físico no qual a vida se desenvolve, podendo ser manipulado pelo indivíduo de forma a criar uma conjuntura positiva para comportamentos que melhoram a saúde. As influências interpessoais como, por exemplo, as famílias, os colegas de escola ou de trabalho, colaboram na determinação de normas e modelos a seguir, nas crenças e atitudes relacionadas ao engajamento a um determinado comportamento de saúde⁴⁹.

Portanto, quando a criança expressa em sua fala comportamentos que foram espelhados nos comportamentos dos pais ou de outro familiar, ratifica-se a importância da influência familiar na construção de bons hábitos de saúde:

Meu pai tá querendo me ensinar futevôlei, pra mim jogar, que ele ensinou minha irmã, minha irmã... Minha irmã já sabe, ele quer me ensinar, sem ele eu não consigo. (FIONA – 10 anos)

O meu irmão ia fazer luta e meu pai ia me colocar no esporte que eu quisesse e eu escolhi natação porque eu acho que é melhor pra trabalhar os músculos. (...) Tá muito vendo televisão, com muito biscoito, doce... eu acho... comer doce de vez em quando, assim, final de semana, por isso meu pai não deixa eu comer doce durante a semana, não deixa eu comer muito doce durante a semana. Às vezes ele me dá uma bala assim durante a semana. Ele libera doce mesmo nos finais de semana. Que é o ideal pra comer... assim coisas que... fritura é uma coisa que não te leva a nada. Que não é necessário você comer. Você gosta de fritura, é lógico, mas não te leva a nada comer aquilo. (MINNIE MOUSE – 10 anos)

Bom, eu corro com a minha mãe, eu jogo futebol, às vezes eu jogo basquete, eu corro no quintal inteiro todo dia... (WOLVERINE – 9 anos)

Por quê? Faz o quê o peixe? *Não sei, minha mãe disse que é bom, carne branca...* (SININHO – 13 anos)

Pessoas que interagem com as crianças de forma muito próxima e não são familiares, mas assumem este papel, também têm forte influência em seu comportamento de saúde, como por exemplo uma empregada doméstica que cozinha para a família:

Não muito não, porque a Cátia não cozinha bem aí enche de sal e margarina na comida, agora mamãe tá dando uma olhada, tá diminuindo o meu colesterol. Alimentos com fritura, com muito açúcar e... muito com sal e... margarina, que nem a Cátia faz. (PEQUENA SEREIA – 7 anos)

A fala acima foi resposta à pergunta “você é saudável?” e foi a única negativa dentre as 19 crianças entrevistadas, causando um certo espanto que se esclareceu no decorrer da resposta. É fabuloso perceber que a criança valorizou a ação da mãe ao perceber que a comida feita pela “Cátia” não estava adequada e a relação desta com o seu nível de colesterol.

Não sei, minha mãe disse que é bom, carne branca... (SININHO – 13 anos)

A mãe é, na maioria das famílias, a principal responsável pelos ensinamentos no cuidado com o corpo, desde as práticas higiênicas até os cuidados com a alimentação. Esta aprendizagem possui um diferencial, pois é embasada no afeto existente entre mãe e filho, tem o amor materno como motivador do cuidado. Também se deve considerar que a relação de aprendizagem tendo a mãe como mediadora conta com a existência da punição quando os objetivos não são alcançados. O pai tem papel similar ao da mãe e ambos constituem os primeiros educadores transmitindo suas representações culturais, valores e crenças, que têm papel marcante na criança por terem o afeto envolvido⁸⁸. A associação de emoções positivas a um comportamento de saúde aumenta a probabilidade de compromisso com a ação em questão^{49,77}.

E eu também fico o dia inteiro vendo tv, jogando videogame, também meus pais não me deixam sair de casa pra brincar lá fora. (WOLVERINE – 9 anos)

Que minha mãe compra, mas eu comia, quando eu era pequena eu comia, assim, igual meu irmão, só que agora a gente parou de comer um pouco assim, que a minha mãe só compra só às vezes. Aí a gente come. (FIONA – 10 anos)

O poder de decisão que os pais têm sobre a vida das crianças também pode ser o responsável por comportamentos inapropriados à boa saúde.

A família de uma criança obesa é considerada importante agente de prevenção ou manutenção da condição de obesidade, desempenhando significativo papel na educação alimentar da criança. Por desempenhar a função educativa, como mediadora nos primeiros anos de vida de uma criança, a família influencia no sentido de ter ou não hábitos saudáveis em suas rotinas⁸⁹. A presença da obesidade em crianças vinculada a fatores familiares remete às relações mantenedoras de dependência, em relações que impedem a individualização de seus membros, em conflitos relacionados a regras muito rígidas no seio familiar⁸⁹.

É que minha prima, minha prima tá um pouco acima do peso, aí ela tava comendo muito rápido. Aí ela foi no nutricionista. A minha avó tava dando um pouco de comida pra ela, mas ela tava comendo muito rápido. Aí ela ficava com fome, aí sempre ela queria comer mais e mais coisa, aí depois ela passou a comer devagar e começou a se equilibrar. (MINNIE MOUSE – 10 anos)

Identificando o problema de outra criança familiar, esta menina encontra a resposta para o problema da obesidade: o equilíbrio. Os seres humanos interagem com o seu ambiente a fim de moldá-lo para satisfazer suas necessidades^{50,77} de tal modo, compreendendo o problema do outro, é possível refletir criticamente e moldar seu ambiente de forma positiva para o próprio comportamento de saúde.

O papel de primeiro transmissor de comportamentos e de estilos de vida para uma criança é atribuído à família por vários autores, inclusive com relação à atividade física onde interesses, habilidades e o acesso às atividades dependem do auxílio de um adulto⁵⁸. Além da influência exercida pelos pais nos hábitos dos filhos, estudos comprovam que crianças em acompanhamento nutricional tendem a modificar os hábitos alimentares dos pais, ou seja, os pais modificam seus hábitos para auxiliar os filhos no tratamento, sendo que na maioria das vezes em que este fato não é verificado, os filhos não continuam o tratamento⁸⁹.

Outro ambiente de influência social para a criança é a escola. A escola é responsável por educar, por transmitir conhecimentos, e, logo, por influenciar positiva ou negativamente os hábitos de vida e comportamentos de saúde da criança.

Estudos descrevem que os hábitos de atividade física podem ser influenciados fortemente pela escola porque crianças e adolescentes passam grande parte dos seus dias dentro da escola⁵⁸.

É que a gente fez um trabalho da escola e minha colega colocou como exemplo porque a melancia tem muita água. E quando assim se desidratar é pra comer melancia. (MINNIE MOUSE – 10 anos)

É muito magrinha, ela não come muita verdura na escola. (FIONA – 10 anos)

às vezes tem alguns esportes que... nos ajuda até... tipo na escola... (FRED FLINTSTONE – 9 anos)

Isso você aprendeu onde, na escola? Ou viu na televisão? Eu vi na escola. (CINDERELA – 10 anos)

Então, a escola, é outro fator desencadeante dos comportamentos de saúde. Neste caso, o sentimento de afeto e amor não se desenvolve da mesma forma que no seio familiar.

A escola é, tradicionalmente, autoritária, mas não deve ser vista como uma instituição incondicionada, apesar de tantas vezes encontrar-se desvinculada da realidade e assumir uma posição ingênua⁸⁰.

Os conhecimentos produzidos pela criança a partir dos que são apresentados na escola podem ser o início para a construção dos comportamentos de saúde desejáveis para uma vida saudável. No Modelo de Promoção da Saúde de Pender, os comportamentos anteriores e crenças adquiridas são fatores que afetam a construção de comportamentos de saúde e conseqüentemente a promoção da saúde⁵⁰.

O quê que você acha que na sua vida te faz bem? Ir pra escola (...) Ir pra uma educação física, ir pra ginástica olímpica, brincar no recreio, e brincar com meus brinquedos no recreio no dia da novidade. (PEQUENA SEREIA – 7 anos)

A escola é um local para o desenvolvimento social que influencia diretamente sobre os hábitos de atividade física da criança e do adolescente por passarem diariamente grandes períodos neste ambiente⁵⁸.

Respondendo a pergunta sobre o que não faz bem para a saúde, a criança destrincha conhecimentos que provavelmente foram adquiridos nos bancos escolares:

Começando pelas fumaças... derrubadas de árvore... também, (Ininteligível) também não gosto só que não tem nada a ver, o êxodo rural, essas coisas...O

êxodo rural? *É. (Risos) Como é a saída de uma pessoa do campo para a cidade, mas, também não gosto, aí as pessoas da cidade vão acabar, já que não tem mais ninguém no campo, vão acabar com o campo e o campo vai passar a ser cidade. E as queimadas... é... esgoto a céu aberto, isso. (LANTERNA VERDE – 9 anos)*

A importância da resposta está na reflexão crítica que esta criança construiu sendo capaz de vincular fatos como o êxodo rural, queimadas e esgoto a céu aberto à sua própria saúde. Este é o pensamento que a escola deve formar, um pensamento libertador, livre de amarras e formador de opinião crítica com repercussão para o meio em que vive. Pensamentos como estes também repercutem na saúde individual e coletiva na medida em que favorecem a adoção de condutas positivas para a manutenção da qualidade de vida.

Os indivíduos diante de sua complexidade biopsicossocial tendem a interagir com o ambiente, a transformá-lo progressivamente e a serem transformados com o passar do tempo^{50,75-77}, assim as crianças vão interagindo intensamente com seus ambientes, que na grande parte do tempo são compostos pela família e pela escola, sofrendo modificações e modificando-os com suas indagações curiosas e afirmativas inocentes, mas regadas de verdade.

O homem como ser histórico, constituído socialmente, aprende com a interação que exerce com o seu meio, no caso da criança primeiramente como a família e depois com a escola, pois possui um entendimento de mundo que permite refletir e agir de acordo com suas experiências⁹⁰, não devendo ser considerado desprovido de conhecimentos; neste sentido, a criança necessita de indivíduos atuando no estímulo de seu pensamento crítico e fornecendo subsídios para suas ações próprias.

3.3.2 Movimentos de mudança

Uma das características verificadas dentre os dados coletados nas falas das crianças foram as ações que indicam mudanças no estilo de vida ou comportamentos de saúde, ora devido a problemas de saúde ou orientações médicas e/ou familiares, ora estimuladas pelas perguntas da pesquisadora.

Ultimamente eu estou comendo mais verduras e legumes. Antigamente eu não comia tanto, eu não gostava. Agora eu passei a comer. Por causa, por causa da minha alergia. (...) eu comecei a melhorar a comida. (PICA-PAU – 12 anos)

Melhorando minha alimentação. (...) melhorar a alimentação, beber bastante água... (MINNIE MOUSE – 10 anos)

Normalmente as atitudes que remetem à mudança no estilo de vida são consequências de aprendizados mediante situações vivenciadas; desta forma, um dos conceitos estruturantes da Promoção da Saúde, o conceito de *empowerment*, traduzido para o português como empoderamento⁹¹, é perfeitamente compreendido. O empoderamento tem o objetivo de possibilitar aos indivíduos, de forma particular e coletiva, um aprendizado que lhes capacite viver todas as etapas de vida, lidando com as restrições impostas pelas enfermidades eventuais⁹¹. Estas ações devem ser realizadas em ambientes distintos como escolas, residências, em locais de trabalho e demais ambientes coletivos⁹¹, além dos ambientes de saúde.

As transformações que a Promoção da Saúde sofreu no último século, inclusive a introdução da ideia de empoderamento, colaboraram para um entendimento amplo do conceito de saúde e com as sugestões de caminhos para vidas saudáveis⁹¹.

As crianças estão em uma fase de vida particularmente vulnerável às informações que podem guiar estes caminhos saudáveis por toda existência. Como a família é considerada o primeiro e principal agente transmissor de comportamentos e estilos de vida⁵⁸ é esperado que algumas falas sobre mudança remetam às mudanças no seio familiar ou sejam influenciadas por um ente familiar:

Meu avô fumava, só que agora ele parou, que eu não, eu não gosto muito, porque eu acho que faz mal pra nossa saúde. (...) Ah, porque... Eu como, eu, eu como... Eu gosto de tomate, tomate também faz bem, eu como banana, uva que também faz bem, como assim, a maioria coisa saudável. E às vezes, biscoito, assim... Que minha mãe compra, mas eu comia, quando eu era pequena eu comia, assim, igual meu irmão, só que agora a gente parou de comer um pouco assim, que a minha mãe só compra só às vezes. Aí a gente come. (sobre o pai) ...ele quer me ensinar, sem ele eu não consigo. (FIONA – 10 anos)

eu acho... comer doce de vez em quando, assim, final de semana, por isso meu pai não deixa eu comer doce durante a semana, não deixa eu comer muito doce durante a semana. (MINNIE MOUSE – 10 anos)

Praticar ações de educação em saúde para promover a saúde de crianças deve ser vista como uma ação prioritária nas Políticas Públicas de Saúde, uma vez que a entrada na adolescência é um período crítico com relação à autonomia, afirmação e independência, e os adolescentes tendem a desconsiderar os conselhos, repelir valores e atitudes dos pais, e valorizar mais atitudes de seus semelhantes e personalidades famosas em seu mundo⁵⁸. Então, se a criança tem a oportunidade de formar hábitos saudáveis poderá ser um adulto com uma qualidade de vida melhor.

O reconhecimento de um problema e a necessidade de mudanças são pontos cruciais para iniciá-las.

Muitos alimentos que eu não como. Eu sei que tenho que aprender a comer, mas às vezes, tipo assim, eu não como. (DOCINHO – 9 anos)

E quando assim se desidratar é pra comer melancia. E eu não gosto de água. (...) eu não consigo não... (MINNIE MOUSE – 10 anos)

eu não consigo ficar reto... (WOLVERINE – 9 anos)

A massificação definida por Freire⁸⁰, já descrita anteriormente, é o inverso da atitude reconhecida nestas falas. Quando o indivíduo se massifica perde a capacidade de distinguir o que lhe faz bem ou mal. Mesmo que não seja possível uma atitude de mudança significativa e imediata, visto que mudanças podem ser demoradas e necessitem de ações de diferentes esferas, é imperativo o reconhecimento da necessidade de mudança. Assim a educação deve ser uma tentativa constante de mudança de atitude.

Um cara que morreu por causa que ele não comia frutas, em vez de beber água ele bebia... coca-cola, em vez de comer frutas ele comia carne... (WOLVERINE – 9 anos)

...E também são os que eu como. Como chocolate, massa, ééééé, pão... assim, essas coisas, massa, açúcar, chocolate faz mal. (DOCINHO – 9 anos)

Para instituir mudanças podem ser necessários artifícios diversos, principalmente quando o foco está em crianças, pois, por compartilharem um mundo com os adultos mas transitarem entre este e o seu próprio mundo cheio de processos imaginativos, como descrito por Merleau-Ponty^{86,92}, as crianças carecem de mediação que lhes permita direcionar suas práticas da melhor forma possível.

Esta mediação não deve ser impositiva, como nas práticas de educação em saúde predominantes no século passado mas baseada nas possibilidades reais da vida de cada criança. Qual a validade de orientar uma criança sobre obesidade se nos ambientes em que ela transita não existe nenhum obeso? A criança não reconhecerá tal orientação como válida ainda mais se nesta família a alimentação é pobre em vegetais e outros alimentos saudáveis, logo a criança não fará ligação entre obesidade e má alimentação.

Dentre as falas das crianças foi observado que um dos artifícios a serem usados com as mesmas pode estar na relação de frequência de determinado hábito.

A criança relata praticar uma ação que compreende não ser a mais adequada, mas a justifica com uma periodicidade que considera aceitável:

Não, pode comer... variadamente, mas... Tipo... às vezes, de vez em quando, quando uma vez ou outra... sábado, aí sábado, eu como, aí na outra semana eu não como, nem na outra... aí na outra eu como. (FRED FLINTSTONE – 9 anos)

*Dia sim, dia não... uma vez na semana... (BARNEY – 9 anos)
Todo dia chega a fazer mal, mas... é bom não, não (Ininteligível) que... tem gente que come uma vez por semana. (PICA-PAU- 12 anos)*

Acho que... aqueles lanchinhos, a fritura, eu acho que é 2 vezes por semana. (BARBIE – 9 anos)

Fazer mais esportes e comer menos besteiras no final de semana. (PEQUENA SEREIA – 7 anos)

Compreendendo o corpo como pleno de subjetividade e moldado pela historicidade, como no pensamento de Merleau-Ponty⁹³, a consequência destes fatos está nas decisões teóricas e práticas da vida e do conhecimento de cada indivíduo.

A criança, empoderada da decisão de fazer o que é melhor para sua saúde, decide por ingerir aquele alimento não saudável, mas que ela tanto gosta, apenas nos finais de semana. Ela usou a subjetividade, a sua historicidade e seus conhecimentos para tomar tal decisão.

A compreensão do sentido da subjetividade para Merleau-Ponty deve vir junto com a compreensão da noção de liberdade, visto que o mundo existe independente das ações individuais sobre cada acontecimento e ao mesmo tempo dependente destas⁹³. Na pedagogia de Paulo Freire, a liberdade é essencial para a prática educativa que só alcançará sua efetividade e eficácia com a participação livre e crítica dos indivíduos⁸⁰.

A liberdade para tomar a decisão é necessária assim como o conhecimento que permita o entendimento da decisão tomada, seus riscos e seus benefícios. A subjetividade, a liberdade e a historicidade contribuem para as escolhas assim como se moldam a partir do mundo em que os indivíduos se relacionam.

É, batata-frita. Batata-frita é que eu não como. (PICA-PAU – 12 anos)

Por exemplo, bala, pirulito, eu não gosto de nenhum desses, bala, pirulito, chiclete, odeio isso! (WOLVERINE – 9 anos)

Porque eu faço exercícios todo dia, e como... e como da maneira que meu estômago pede. (LANTERNA VERDE – 9 anos)

O ato de dizer “não” a uma determinada atitude que considera nociva à própria saúde torna a criança detentora de suas práticas, no entanto por ser criança, este poder está vinculado, muitas vezes, as decisões dos adultos, cabendo a estes guiar responsabilmente as crianças pelos caminhos que promovam sua saúde.

3.3.3 Saúde como ausência de doença

O conceito de saúde evoluiu com o passar dos anos. No início do século XX, a saúde era entendida como a ausência de doenças e as ações governamentais de promoção da saúde eram centradas no controle das enfermidades. Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença”⁹⁴. Considerado um conceito utópico, doravante devia ser seguido como uma meta a ser alcançada.

Outros conceitos surgiram à medida que se construía o conhecimento sobre os fatores responsáveis pela saúde. A Declaração de Alma-Ata, em 1978, ratifica a saúde como direito inalienável do ser humano e como a meta social mais importante a ser alcançada, contando com a participação intersetorial na manutenção do estado de saúde. Este documento também se refere à saúde como um direito e ao mesmo tempo um dever do cidadão de forma individual e coletiva⁸.

Atualmente, diversos autores têm tentado construir um conceito de saúde mais dinâmico, que defina saúde não como a imagem complementar da doença e sim como um processo de construção permanente de cada indivíduo e da coletividade.

Na fala abaixo, a criança demonstra fortemente o conceito de saúde como ausência de doença, ou seja, a partir do momento em que ela recebeu um medicamento para uma doença que ela possuía naquele momento, ela passou a ter saúde:

Aí eu fui lá no médico, aí graças a Deus não me deu benzetacil, né? Me deu um remédio, aí eu fui tomando, tomando e melhorei. Então o remédio faz bem também. (DOCINHO – 9 anos)

Esta concepção vinculada à doença faz com que a criança conecte o fato de ser saudável às ações medicalizadoras:

As vacinas em dia... ir ao médico pelo menos... uma vez por mês, por semana... se precisar tomar remédio... (FLORZINHA – 9 anos)

Ir ao médico... é! (FRED FLINTSTONE – 9 anos)

É... vou ao médico... tomo o remédio que ele pede... faço um montão de negócio!
(BARNEY – 9 anos)

Até mesmo os remédios assim, tipo assim, eu tô no hospital. **(DOCINHO – 9 anos)**

Eu tomei a passar o remédio(...) **(PICA-PAU – 12 anos)**

Ah, porque existe vacina contra dengue, contra várias doenças. (...) Tomando injeção. **(HOMEM DE FERRO – 10 anos)**

A gente tem que ir no médico pra tirar a gordura. **(CINDERELA – 10 anos)**

Considerando a definição de saúde da OMS nenhum ser humano é totalmente saudável. Entretanto, a situação de saúde deve ser compreendida pela análise de uma série de fatores interagindo na complexidade da vida humana individual e coletiva ao longo da existência. A saúde não é um estado estável, logo é influenciada constantemente pelo modo que o indivíduo cuida de seu corpo, suas relações interpessoais, seu trabalho, dentre outros ambientes e relações que interferem em sua dinâmica de vida.

O estado de ser saudável pode sofrer mudanças na concepção de um mesmo indivíduo diversas vezes durante sua vida dependendo das circunstâncias em que ele vive, de suas crenças e valores.

Se um indivíduo considera a prática de esportes como a forma de se manter saudável, seu estado de saúde será pautado em estar ou não praticando esportes:

Que é praticar esportes todo dia, ter uma boa alimentação, tomar todas as vacinas e... estar em dia, (Ininteligível) praticar esportes eu já disse?
(LANTERNA VERDE – 9 anos)

Assim como aquele que considera a alimentação saudável a responsável pela saúde:

Ah, eu ia dar que ser saudável é você comer bem, é não ter nenhuma doença... é, acho que só. **(BARBIE – 9 anos)**

Pode-se perceber que a compreensão de saúde tem um alto grau de subjetividade e determinação histórica, e assim indivíduos e sociedades consideram ter mais ou menos saúde dependendo dos momentos em que vivenciam, dos valores que dão a cada situação e/ou das necessidades que enfrentam⁹⁴.

Ainda existem os fatores sociais determinantes da saúde e as medidas governamentais responsáveis pela manutenção da saúde das populações^{8,94} que não foram

citadas pelas crianças, o que pode levar ao entendimento de que estes conceitos não fazem parte dos conhecimentos ou da imaginação que as crianças detêm sobre saúde.

Este transitar entre a realidade e a imaginação da criança⁸⁶ colabora para a visão da saúde como oposta à doença e para a valorização das doenças que por vezes ouvem falar:

Ela vai ficar doente e vai ficar internada no hospital. (BATMAN – 7 anos)

Eu já ouvi falar em hepatite, só que eu não sei o que causa isso. (...) Hum, hum. Gripe suína. (Risos) Que eu saiba... Virozes? (SHREK – 11 anos)

Eu só fico doente de gripe e... nunca tive uma... desnutrição. (BEN 10 – 9 anos)

Logo, é perceptível que oferecendo para as crianças a possibilidade de conhecer outros meandros sobre o estado de possuir, construir e manter saúde será possível colaborar na construção de definições de saúde mais próximas do desejável, do ideal para a manutenção de suas vidas com qualidade.

Os dados deste estudo permitem entender o ponto de vista da criança através de uma “atitude de agachamento”, que vai ao encontro da criança mais próximo ao chão, no mundo em que habita⁹², de forma quase ingênua verificando que muitas das falas apresentadas podem ter relação com as experiências vividas ou conhecidas.

Obesidade. E assim fazendo esportes e comendo frutas, tudo com moderação eu acho que melhoraria também você nos seus ossos, com seus ossos, seus ossos ficariam mais fortes. (MINNIE MOUSE – 10 anos)

É... Anemia. Eu não sei se a osteoporose também... É? E só! É, diabetes também. (BEN 10 – 9 anos)

É, diabetes. (FLORZINHA – 9 anos)

É... doença de pulmão, esses negócios aí... (FRED FLINTSTONE – 9 anos)

Ah, infarto. Não, câncer! (BARNEY – 9 anos)

Não pode... nem levantar da cama algum dia. (WOLVERINE – 9 anos)

A analogia entre os hábitos saudáveis e a presença de DCNT apareceu em algumas falas, portanto para analisar estas falas é necessário valorizar o contexto imaginativo da criança.

Essas doenças daí são doenças de... de que é uma pessoa que não é... que não é saudável. (WOLVERINE – 9 anos)

Às vezes quando... comem muita gordura... é... às vezes quando engolem muita gordura na... fica cheio aí entope o... eu não tô lembrando aonde, acho que impede da gente respirar. (CINDERELA – 10 anos)

Se você comer muita massa fica com açúcar, então se você comer muita massa e muito doce, você vai acabar ficando com muito açúcar no... no sangue.(...)... quando a gente come muita fritura, acaba indo gordura para o coração aí não seja mais a circulação do sangue... aí... (MINNIE MOUSE – 10 anos)

É... câncer, asma... (Ininteligível) Aquele que não pode comer doce? (FLORZINHA – 9 anos)

A transformação no modelo de atenção à saúde que está sendo desenvolvido no Brasil visa alternativas criativas, capazes de causar mudanças no comportamento da população. Até hoje este modelo de atenção é marcado pela assistência ao indivíduo e populações quando a doença já está instalada⁷². Conhecendo a realidade de uma determinada população e sua compreensão para aqueles fatores é possível intervir criativamente para proporcionar esta mudança de comportamento de saúde ou estilo de vida.

Ao ser questionada sobre que tipos de doenças poderiam ser evitadas com hábitos saudáveis, a criança projeta um conceito que até então não era dominado por ela:

Bom, se obesidade for doença, evita isso. (SHREK – 11 anos)

Ações de conscientização e mobilização devem fazer parte da rotina dos setores que atuam com crianças. A escola é o ambiente mais favorável para esta finalidade, mas outros ambientes podem e devem ser usados com o mesmo propósito.

O Ministério da Saúde em um trabalho conjunto como Ministério da Educação instituiu, em 2007, o Programa Saúde na Escola com o objetivo de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino⁹⁵. Neste sentido, a escola, como já citado anteriormente, atua como uma aliada na construção deste indivíduo crítico, capaz de tomar decisões mediante julgamento do que é benéfico ou não para si mesmo e para a coletividade.

As crianças conhecem as DCNT, pois conseguem citá-las diversas vezes, mas não demonstram claramente a ligação entre estas doenças e o estilo de vida ou comportamentos de saúde, e algumas até se arriscam:

É... o nome da doença que dá se a gente ficar comendo besteira? É... a gente fica gordo... é... eu lembro só que eu esqueci. Não... é. Gulosidade????... É. Obesidade. Você não fica bem da saúde. É... gordo. Problema...no coração.
(PERNALONGA – 9 anos)

O neologismo formado pela criança acima demonstra que em seu processo de construção do conceito houve uma fusão entre o ser “guloso” e o estado de obesidade, surgindo a palavra “gulosidade”. Pode-se interpretar que na imaginação desta criança o ato de comer muito, ou seja, o ser guloso⁹⁶ tem como consequência a obesidade.

Estudos da OMS mostram que o primeiro passo para a transformação é a comunicação e a informação mais atualizada e correta para os profissionais da linha de frente da saúde e também para a população, pois com os conhecimentos já existentes bem difundidos é possível melhorar a reação aos estilos de vidas não favoráveis⁹⁷.

Assim a saúde, em seu conceito mais amplo e complexo, se constrói como produto social, coletiva e individualmente, contando com ações em diversas esferas desde a individual passando pelas ações da sociedade até as governamentais.

Diabete... Só! (FIONA – 10 anos)

É... só que ele não tem diabetes... ele... mas ele conseguiu abaixar... (FRED FLINTSTONE – 9 anos)

Diabetes... é... eu não conheço outra doença!... (BARNEY – 9 anos)

Ah, comia muito doce, ficava com diabetes, aí tinha que ficar medindo, parando de comer algumas coisas, essas coisas. É... eu esqueci o nome, quando tem muito açúcar no sangue... É. Diabetes, pressão alta... é... eu não sei se é uma doença, mas depressão também. (SINHINHO – 13 anos)

Sim, que elas ficam paralíticas, às vezes. (BATMAN – 7 anos)

Acho que é, pode ter doenças como, pode ter, deixa eu ver uma, câncer, infarto, é... pressão alta, diabetes... é, acho que só. (BARBIE- 9 anos)

Pra gente não ficar gorda. Pra... pra o nosso corpo não des acostumar a andar. (...) Um tipo de câncer que eu não sei o nome, mas eu sei que, que um tipo de câncer pode ser evitado. (...) Porque o sangue entope as veias do coração. Obesidade. Isso é uma doença? (PEQUENA SEREIA – 7 anos)

Tem mais alguma... a tuberculose. Também causada pelo ar. (LANTERNA VERDE – 9 anos)

3.3.4 O brincar

A ação de brincar é definida como um comportamento complexo e, portanto apresenta definições variadas segundo diferentes autores, podendo ser caracterizado como

um comportamento que possui um fim em si mesmo, com origem livre, isenta de obrigatoriedade, motivado pelo prazer⁹⁸.

Os termos brinquedo, brincadeira e jogo também possuem diversas interpretações variando de acordo com o idioma, finalidade e objetivo⁹⁹.

Outro fator relacionado ao brincar e aos brinquedos que a brincadeira pode envolver é o cultural. As questões culturais e sociais marcam fortemente as brincadeiras assim como as características sociais de cada população. Conceitos como o da zona lúdica ajudam a explicar estes aspectos influenciadores do brincar. A zona lúdica é definida como composta por três elementos onde a criança com suas experiências, seus recursos, motivações, pressões e condições sociais que a cercam interagem com o espaço físico onde está inserida considerando os brinquedos que tem acesso, e por fim relacionando-se com o terceiro elemento que é o espaço temporal (tempo dedicado à brincadeira e às crenças familiares)⁹⁹.

Estudiosos também relacionam o brincar com a imaginação, ligado ao sonhar, ao pensamento e ao simbólico, e ao mesmo tempo como um instrumento para trabalhar educação de crianças, pois durante o brincar elas criam, recriam e se relacionam com o mundo^{100,101}.

Observou-se que o brincar foi identificado como integrante das variadas formas de prática de atividade física. A atividade física, que pode ser definida como movimentos realizados pelo sistema esquelético gerando gasto de energia,^{70,83} é executada em diversas ações do cotidiano: andando para o trabalho e/ou escola, subindo escadas, realizando tarefas domésticas, entre outros. O brincar foi considerado uma atividade física comum para as crianças quando perguntadas sobre quais tipos de atividades físicas elas poderiam fazer.

Atividade física... eu acho que brincar. Brincar de correr? É brincar de correr, de queimada, de três cortes. (MINNIE MOUSE – 10 anos)

... Brinco bastante, corro... (FLORZINHA – 9 anos)

Hum... ah, jogar bola, fazer vôlei, queimada... três cortes, três cortes com o pé... brincar, pular corda, andar de skate... só! (BATMAN – 7 anos)

Natação, vôlei, jogar basquete, jogar jogos legais, brincar, correr... é. (BARBIE – 9 anos)

Segundo algumas pesquisas, a atividade física de brincar da criança é influenciada pelo número de irmãos, ou seja, quanto mais irmãos a criança tem mais ela irá brincar. Este fato está relacionado com a regulação de peso corporal da criança, constituindo um fator preventivo da obesidade¹⁰². A fala abaixo ilustra o que as pesquisas descrevem:

...Nem olho pra televisão, só fico brincando porque lá tem muita criança e na minha casa é chato, não tem gente pra brincar. (MINNIE MOUSE – 10 anos)

A relação entre obesidade e tempo em que a criança permanece assistindo televisão também faz parte de dados das pesquisas relacionadas aos fatores contribuintes para obesidade infantil¹⁰².

... E eu também fico o dia inteiro vendo tv, jogando videogame, também meus pais não me deixam sair de casa pra brincar lá fora. (WOLVERINE – 9 anos)

Nesta fala são perceptíveis alguns dos elementos que compõe a zona lúdica, como espaço físico, crenças familiares e condições sociais. Torna-se claro que estes elementos podem afetar a brincadeira e o brincar negativamente. Crianças que moram em áreas de risco, consideradas perigosas segundo índices criminais, são mais tolhidas com relação as atividade ao ar livre e, portanto, tendem a permanecer mais tempo em brincadeiras que podem ser praticadas dentro das residências como vídeo games.

É... faz mal é ficar... em casa, sem fazer nada... ficar só no videogame ou só vendo tv... ou só no computador... (FRED FLINTSTONE – 9 anos)

Os pais e a escola por serem os ambientes onde a criança pratica a maioria das brincadeiras devem ser fomentadores das brincadeiras ativas não somente como medida preventiva da obesidade mas também como forma terapêutica quando já há presença da mesma¹⁰¹.

Ao gerar um paralelo entre a atividade física do adulto e da criança este entrevistado corroborou para a identificação da brincadeira como uma forma de atividade física:

Correr... É... Hum... Se exercitar... no caso, das crianças... brincar... e, no caso dos adultos, ir na academia... e acho que só isso. (CINDERELA – 10 anos)

A diferenciação da atividade física da criança e do adulto pode ser repensada como uma forma de aumentar o estímulo à atividade física das crianças por parte da família. A realização de atividades físicas em conjunto é um método para diminuir o tempo de sedentarismo das crianças e estimular a adoção de práticas saudáveis por toda a família¹⁰¹. Caminhadas, passeios alternativos no final de semana e práticas esportivas são exemplos que podem ser seguidos com este intuito.

A resposta para a pergunta sobre o que pode prejudicar o corpo e a saúde da criança é pontual:

...não sair pra brincar lá fora... é isso. (FRED FLINTSTONE – 9 anos)

A valorização da brincadeira em ambientes amplos que permitam a mobilidade física da criança também contribui para o desenvolvimento cognitivo da criança¹⁰¹.

O momento em que a criança está absorvida pela brincadeira deve ser respeitado para que ela mantenha sua atenção e concentração que estão sendo estimuladas pelo ato de brincar. O raciocínio dedutivo também está sendo desenvolvido enquanto brinca e tenta descobrir como o brinquedo funciona.

O adulto deve conter o impulso de ajudar a criança nas brincadeiras em que reproduzem situações do cotidiano, pois é importante que a criança crie o seu “jeito certo” para executar as atividades e assim descubra novas formas de atingir os objetivos da brincadeira ou do jogo. O adulto deve sugerir, estimular, colaborar com as explicações sem impor a forma de agir da criança, não interrompendo a construção do pensamento da criança¹⁰³.

A criança relaciona o brincar com o estado de ser saudável:

Porque eu como às vezes muita verdura, eu brinco, como legume e também fruta. (BATMAN – 7 anos)

A atividade lúdica na infância é importante no desenvolvimento das diversas qualidades necessárias para a construção de uma vida saudável, tanto nas questões fisiológicas quanto nas psicológicas envolvendo o amor próprio, o autoconhecimento e a autoconfiança¹⁰⁴.

A criança não é um ser fraco ou incapaz de criar seus próprios caminhos. Merleau-Ponty não enxergava a criança como um ser fraco ou falho, mas entendia que seu mundo

era ameaçado por instabilidades. Para este estudioso a educação livre não apresentava benefícios sobre a educação autoritária, ele critica a questão do estímulo-resposta onde não se considera a questão interna e acredita que o organismo da criança se modifica antes da influência do meio como uma forma de pré-adaptação para se estabilizar ao meio e desenvolver suas potencialidades. Desta forma, existe uma reciprocidade entre estímulo e meio¹⁰⁵.

A criança aprende imitando e forma sua consciência nas relações que desenvolve com o mundo e a brincadeira é a forma de concretizar a imaginação. Imaginar que brincar contribui para sua saúde é natural para a criança, pois é através deste comportamento que ela se comunica, se expressa, tem prazer, cria e recria seu mundo.

O que faz bem para saúde? *Brincar no recreio, e brincar com meus brinquedos no recreio no dia da novidade. (PEQUENA SEREIA – 7 anos)*

Conhecer a criança a partir de seu próprio mundo é a proposta de Merleau-Ponty¹⁰⁵ e reconhecer nas brincadeiras os sentidos que a criança cria e expressa para com as “coisas” do mundo pode ser a melhor forma de ajudá-la mediando o caminho para a construção de uma vida mais saudável.

3.4 A construção do jogo educativo: O desafio de ser saudável

A análise e discussão das categorias permitiu a construção das etapas do jogo de tabuleiro, objetivo deste estudo. O jogo foi baseado na ideia de dar movimento à criança durante um momento de troca de conhecimentos entre a criança e a enfermeira e entre as outras crianças participantes da brincadeira.

As etapas são produtos da análise das categorias, portanto correspondem às práticas positivas que podem ser adotadas diante dos fatores de risco a que as crianças estão expostas.

O jogo construído tem a forma de um jogo de tabuleiro em grandes dimensões, onde a criança pode andar sobre o tabuleiro e assim assumir a posição de agente ativo na transformação e não apenas como um sujeito que aprende passivamente.

Foram elaboradas 17 etapas onde são abordadas as questões de comportamentos de saúde ou hábitos saudáveis, principalmente relacionados à alimentação saudável e à prática



de atividade física, pois estes foram os dois principais fatores protetores das DCNT encontrados nos resultados desta pesquisa.



Cada etapa possui um identificador que pode ser um número ou figura. Para brincar com as crianças, estas serão organizadas em grupos de números iguais ou aproximados. O profissional de saúde será o mediador do jogo e permanecerá com um caderno guia apresentando instruções sobre as regras e a dinâmica do jogo. Neste guia cada número e cada figura terá relação com uma atividade a ser cumprida pela criança em troca de avançar no jogo.



As crianças jogarão um dado de espuma com dimensões de 50x50 cm para definir o número de casas que percorrerão. As equipes se alternarão para jogar o dado e a equipe que alcançar a etapa final primeiro cumprindo todas as missões será a vencedora. Para a equipe vencedora serão distribuídas medalhas de coloração dourada simulando o metal ouro e para a outra equipe serão distribuídas medalhas da cor prata, assim ambas terão uma gratificação ao concluírem o jogo. Para confraternizar ambas as equipes receberão salada de frutas e suco.

As etapas do jogo contidas no livro guia na ordem em que aparecem no tabuleiro são as descritas no quadro 7:

Quadro 7: Etapas do Jogo Educativo

Símbolo	Instrução
0	Se você pratica uma atividade física regular uma ou mais vezes na semana ande uma casa.
	Ajude sua família a comer mais frutas! Como você pode fazer isto? Lembre-se das frutas mais saborosas pintando 3 frutas no rosto de um de seus colegas de equipe.
1	Você sabe o que a obesidade pode causar? Se conseguir dizer 3 consequências da obesidade você poderá avançar 3 casas! Se não souber no mínimo 3 problemas causados pela obesidade você ficará parado na próxima rodada.
	Você ganhou um presente!!! Vamos experimentar uma fruta??? Dentro desta caixa há uma fruta e uma venda para os olhos. Escolha um adversário para

	colocar a venda em você e lhe dar um pedaço da fruta. Se você acertar o nome da fruta poderá andar 4 casas! Se errar, fique parado e jogue na próxima rodada.
2	Quando temos alguém na família que tem doenças como pressão alta, diabetes (açúcar no sangue), infarto, derrame (AVC), podemos ter mais chances de ter estas doenças? Sim ou não? Se a resposta for ‘sim’, pode andar 2 casas, se for ‘não’, volte uma casa.
	Para ter uma boa saúde precisamos ir ao médico, receber os cuidados da enfermeira, frequentar o consultório do dentista. Mas o que as crianças podem fazer para ter uma boa saúde? Fale em segredo para a criança: seus adversários tem que concordar com sua resposta para que você ande duas casas, se não fique nesta até a próxima rodada.
4	Brincar no computador e no vídeo game é muito legal!!! Concordam??? Mas nós ficamos muito sedentários quando fazemos isso por muitas horas todos os dias. Então você vai ficar sem jogar uma rodada, sentadinho aí, até um amigo de sua equipe passar e te chamar pra brincar lá fora. Você poderá ir para a casa seguinte. Mas lembre-se: a frase que destranca esta fase é: ‘vamos brincar lá fora?’.
Balões de festa coloridos	Você sabe quais são os benefícios do exercício físico para o corpo e a saúde? Escolha um destes balões, encha até estourar e descubra o que está escrito dentro dele sobre o exercício físico e quantas casas você poderá andar. (Nesta casa haverá três balões coloridos com as seguintes frases: 1- Quando vou visitar um amigo que mora no segundo ou terceiro andar do prédio eu posso subir pelas escadas e aproveitar para fazer uma atividade física. Correto?; 2- no domingo meu pai está em casa então vou aproveitar para chamá-lo pra jogar bola ou andar de bicicleta comigo porque acho que ele está muito sedentário. É verdade?; 3- Minha mãe pratica caminhadas toda semana, acho que vou pedir para ir com ela e aproveitar para fazer um pouco de exercício físico. Assim também fico mais tempo com minha mãe. Será que é possível?)
5	Você já bebeu água hoje? Você sabe a importância da água para a saúde? Então fale um pouquinho para os seus colegas. Agora beba um copo de água para andar 1 casa e dois copos para andar 3 casas.
	Agora você tem o poder! Explique para seus adversários e amigos o que podemos fazer desde já para prevenir as doenças crônicas como pressão alta

	e diabetes. Se você conseguir poderá resgatar um amigo de equipe de uma casa anterior e levá-lo para casa seguinte junto com você.
6	Brincadeiras ao ar livre, de correr, de pique, em grupos, fazem bem para a saúde porque movimentam nosso corpo. Vamos brincar de pique cola? Você deve colar metade da equipe adversária em no máximo 1 minuto, assim que eu der o sinal de 'já!', para avançar 1 casa. Se não conseguir, não tem problema porque já fizemos bastante atividade física! Fique nesta casa até a próxima rodada.
	Nossa, acho que o meu cachorro está engordando! Deve ser porque ele anda muito pouco. Então o que você acha de dar um passeio com o cachorro? Assim todos praticam atividade física! Você tem 10 segundos para dar uma volta ao redor do jogo, se conseguir pode avançar para próxima casa.
7	Chame um adversário para esta etapa. Agora quem fizer polichinelos por mais tempo gastará mais calorias e provará que é mesmo um atleta! Como prêmio você poderá andar 3 casas e o coleguinha permanecerá nesta casa.
?	O que você leva de merenda para a escola? Se na resposta houver pelo menos uma fruta você anda uma casa, se não volte 2 casas.
8	Desenhe uma refeição perfeita! Se o seu prato estiver dentro do recomendado pelos nutricionistas você poderá andar 1 casa. Se não permaneça nesta casa.
	Hummmmm!!!! Adoro comer hambúrguer, mas minha mãe diz que não é saudável. Isto é verdade? Mas será que tenho que parar de comer hambúrguer para sempre? O que podemos fazer com relação a isto de forma que todos fiquem felizes e saudáveis? Se seus colegas e adversários concordarem você pode ir para a próxima casa e não jogue o dado na próxima rodada, apenas responda a questão da última casa.
9	Esta sim é uma pergunta difícil! Quantas porções de frutas, legumes e verduras devemos comer todos os dias? Se acertar pode avançar para a vitória!!! Se não aguarde até a próxima jogada e tente novamente.

A última etapa é a casa da vitória onde está escrito: **CONQUISTA DO CAMINHO PARA A VIDA SAUDÁVEL.**

As etapas do jogo foram elaboradas com o intuito de fazer a criança ter ações sobre o que acontece com ela, é o empoderamento e a autonomia de decidir sobre as melhores práticas conscientes de si.

Imagens do produto: Jogo Educativo



Figura 1 - Jogo de tabuleiro; visão superior.

Fonte: dados da autora.



Figura 2 - Jogo de tabuleiro, visão parcial.

Fonte: dados da autora.



Figura 3 - Jogo de tabuleiro completo; visão superior.

Fonte: dados da autora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática de educação em saúde de uma forma lúdica demonstra grandes benefícios em comparação às práticas tradicionais especialmente quando o público alvo são as crianças. A execução desta prática é possível a partir do momento em que os profissionais de saúde e de educação - pois estes também possuem esta atribuição - tenham preparo para tal.

Este preparo não está somente em conhecer as técnicas de desenvolvimento de ações lúdicas e dominar o assunto que se pretende apresentar, mas também em demonstrar a sensibilidade de procurar conhecer a criança, seus ambientes, sua realidade. A eficácia da educação em saúde depende deste conhecimento porque a partir das informações que se tem sobre cada criança é possível compreender seu mundo e assim distinguir as possibilidades de mudanças.

As mudanças positivas que levam à construção dos comportamentos de saúde são dependentes de um contexto que envolve a criança, seu familiares, professores e colegas, suas múltiplas crenças e valores e suas possibilidades de praticar determinadas ações. O que adiantaria orientar uma criança sobre o consumo de frutas se sua família não as consome, se na escola não há este costume e se esta família não tem condições de comprar frutas rotineiramente?

Neste meandro, ainda há que se considerar que esta criança é possuidora de um conhecimento que a mesma gerou a partir do que já viveu até o momento. Mesmo aprendendo a imitar outros indivíduos próximos, a criança cria e recria em seus pensamentos suas ações, causas e consequências. Ainda que este pensamento seja diferente do adulto que domina outros conhecimentos, ele tem fundamental papel na construção da criança enquanto ser autônomo.

Este ser não é apenas autônomo, ele deixa uma posição passiva e assume um papel ativo, participador e transformador. O jogo educativo colabora na simulação de ações em que a criança adota este papel.

Este estudo atingiu os objetivos propostos pois descreveu os fatores de risco para DCNT a que estão expostas as crianças em idade escolar em seus ambientes, segundo as próprias quando no Capítulo III apresenta o item “Conhecendo os participantes” e quando na construção e análise das categorias analisou o conhecimento das crianças sobre vida

saudável que pode torná-las corresponsáveis pela própria saúde. Por fim, a produção de um jogo educativo, produto desta dissertação, baseando-se no conhecimento oriundo das categorias, atende ao objetivo geral deste estudo.

Os resultados deste estudo permitem analisar os conhecimentos das crianças em um ambiente controlado, pois todas têm boas condições sociais, assistência à saúde, pais participativos e frequentam a escola. Desta forma, estes resultados têm especial valor ao relacionar-se com o que as crianças podem produzir por si mesmas em um ambiente adequado.

Da mesma forma, os resultados deste estudo podem ser o embasamento para ações de educação em saúde em diferentes ambientes assim como o jogo aqui desenvolvido pode ser utilizado em diversos locais: escolas, unidades básicas de saúde, salas de espera de ambulatorios, eventos, entre outros.

Pesquisas que objetivem o conhecimento acerca de fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis também podem ser beneficiadas pelos resultados deste estudo em curto prazo e em longo prazo em caso de levantamento de dados comparativos. Assim, as atividades de ensino acadêmico para profissionais de saúde tem a chance de utilizar este estudo na tentativa de ampliação da visão sobre os métodos de praticar a educação em saúde.

O enfermeiro como profissional dotado de amplos conhecimentos e atuante em diversas áreas tem neste estudo a possibilidade de atuação na saúde escolar, visto que no Brasil esta não é uma realidade. Muitas vezes a educação em saúde é a única forma de trabalho que o enfermeiro encontra em meio a um sistema de saúde precário, então cabe ao enfermeiro valorizar esta ação e recriar formas atraentes para emprega-la.

O enfermeiro pode desenvolver ações para a educação em saúde em âmbitos distintos desde unidades de saúde até outros setores da sociedade, reforçando o papel da profissão nesta área. A consulta de enfermagem é um espaço que ainda carece de valorização por parte da população e até mesmo de alguns profissionais. Neste estudo a consulta de enfermagem foi apresentada ao público infantil facilitando futuramente o entendimento do valor do profissional de enfermagem para estes cidadãos.

As crianças demonstraram entendimento acerca dos fatores que conduzem aos comportamentos de saúde, de formas singulares, algumas vezes baseando-se em experiências pessoais ou de outros, outras vezes em conhecimentos adquiridos na escola,

mas sempre de forma ativa, ou seja, em suas falas a posição passiva não era adotada. Este resultado é de suma importância para quem pretende desenvolver atividades com crianças.

Este estudo tem a possibilidade de contribuir com as Políticas Públicas de Saúde para atenção à saúde da criança e também aquelas direcionadas a prevenção e controle das DCNT, pois além de colaborar na construção do conhecimento da criança que brinca ele faz desta criança uma multiplicadora de informações.

No entanto, é necessário criar uma estratégia particular para cada situação e ambiente a serem trabalhados. As práticas educativas devem ser individualizadas para atingir seus objetivos em populações diferentes. Quando possível é importante expandir o conhecimento sobre o público infantil abordado. Esta foi uma limitação deste estudo, pois algumas informações relacionadas aos hábitos familiares e históricos patológicos foram perdidas porque as crianças as desconheciam.

Recomenda-se que instituições que atendem crianças tenham a prática lúdica como método de educação em saúde e que, para isto, identifiquem as situações na qual cada uma vive, assim como o que pensam sobre o assunto a ser abordado. Também é recomendável que enfermeiros tenham no ensino acadêmico a chance de conhecer e desenvolver os métodos lúdicos na execução de práticas educativas.

O ato de ensinar exige pesquisa, respeito aos saberes e a autonomia dos educandos, reflexão crítica sobre a prática, humildade, tolerância, apreensão da realidade, alegria, esperança e comprometimento. Acima de tudo, ensinar não é apenas transferir conhecimentos, é saber escutar, é querer bem aos educandos, é acreditar que a mudança é possível e compreender que a educação é uma forma de intervenção individual do ser no mundo.

Prontamente conclui-se que a educação em saúde por meio de um jogo, de uma forma lúdica, divertida, onde a criança cria e recria dividindo conhecimentos e dúvidas é um excelente método para se trabalhar para a melhoria da qualidade de vida da população objetivando a redução dos fatores de risco modificáveis para DCNT, podendo alcançar excelentes resultados se associado a outras ações que subsidiem avanços nas vidas destas pessoas.

REFERÊNCIAS

- 1- Figueiredo GLA, Mello DF. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 Dec [citado em 2014 mar 10];15(6):1171-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600018&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600018>.
- 2- World Health Organization. World Health Statistics 2011. Geneva: WHO; 2011. 171 p.
- 3- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Brasil: Tábua Completa de Mortalidade – 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. 6 p.
- 4- Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 60 p.
- 5- Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 148 p.
- 6- Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 80 p.
- 7- Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. Saúde Pública [Internet]. 1997 Abr [citado em 2014 mar 10];31(2):209-13. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200016&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000200016>.
- 8- Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 56 p.
- 9- Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução COFEN-159/1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Portal COFEN. 2013. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html
- 10- Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. 60 p.
- 11- Rampaso DAL, Doria MAG, Oliveira MCM, Silva GTR. Teatro de fantoche como estratégia de ensino: relato da vivência. Rev. bras. enferm, Brasília [Internet]. 2011 ago [acesso em 2013 mar 13];64(4):783-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672011000400024&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000400024>.

12- Schall VT, Monteiro S, Rebello SM, Torres M. Evaluation of the ZIG-ZAIDS game: an entertaining educational tool for HIV/Aids prevention. *Cad. saúde pública*. [Internet]. 1999 [citado em 2013 mar 13];15(2):107-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600011&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000600011>.

13- Vivas E, Sequeda MG de. Un juego como estrategia educativa para el control de Aedes aegypti en escolares venezolanos. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2003[acesso em 2013 mar 13];14(6):394-401. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003001100004&lng=es. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892003001100004>.

14- Lizardo JMC, Morán MR, Romero FG. El juego como alternativa para la enseñanza de conceptos básicos de salud. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2001[citado em 2013 mar 13]; 9(5):311-4. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000500005&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892001000500005>.

15- Lakshman RR, Sharp SJ, Ong KK, Forouhi NG. A novel school-based intervention to improve nutrition knowledge in children: cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health* [Internet]. 2010[acesso em 2013 mar 13];10(123):2-9. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/123> DOI:10.1186/1471-2458-10-123

16- Wright ND, Soroudi N, Wylie-Rosett J, Lukoscheck P, Moadel AB. The School Yard Kids: A Puppet Show to Promote a Healthy Lifestyle. *J Nutr Educ Behav*. [Internet]. 2007[citado em 2013 mar 13];39(5):290-1. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2075102/> DOI: 10.1016/j.jneb.2007.06.001

17- Wylie-Rosett J, Isasi C, Soroudi N, Soroker E, Sizemore C, Perelstein AG, et al. Kid WAVE - Get Healthy Game: Promoting a Healthier Lifestyle in Overweight Children. *J Nutr Educ Behav*. [Internet]. 2010 [acesso em 2013 março 13];42(3):210-2. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2913507/> DOI: 10.1016/j.jneb.2009.12.003

18- Butts JD, Beck CL. Education of Young Children Concerning Poison Prevention. *Public Health Rep*. [Internet]. 1986 Jan-Fev [citado em 2013 mar 13];101(1):90-3. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1477663/>

19- Barbosa SM, Dias FLA, Pinheiro AKB, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/AIDS. *Rev. eletrônica enferm*. [Internet]. 2010[citado em 2013 mar 13];12(2):337-41. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a17.htm>. DOI: 10.5216/ree.v12i2.6710
DOI:10.5216/ree.v12i2.6710.

20- Lancey A, Salgado C. Rides and slides. *Nurs BC*. 2005 abr;37(2):12-5.

21- Wodarski JS, Wodarski LA, Parris HN. Adolescent Preventive Health and Teams-Games-Tournaments: A Research and Development Paradigm Entering Its Fourth Decade of Research. *J Evid Based Soc Work* [Internet]. 2004 [citado em 2013 mar 13];1(1):102-24. Disponível em: <http://www.haworthpress.com/web/JEBSW>

22-McGaffey AL, Abatemarco DJ, Jewell IK, Fidler SK, Hughes K. Fitwits MDTM: an office-based tool and games for conversations about obesity with 9- to 12-year-old children. *J Am Board Fam Med*. [Internet]. 2011 Nov-Dec [citado em 2013 mar 13];24(6):768-71. Disponível em: <http://www.jabfm.org/content/24/6/768.long>. DOI: 10.3122/jabfm.2011.06.100278

23- Farrell D, Kostkova P, Weinberg J, Lazareck L, Weerasinghe D, Lecky DM, McNulty CAM. Computer games to teach hygiene: an evaluation of the e-Bug junior game. *J Antimicrob Chemother* [Internet]. 2011 Jun [citado em 2013 mar 13];66(5):39-44. Disponível em: http://jac.oxfordjournals.org/content/66/suppl_5/v39.long. DOI: 10.1093/jac/dkr122.

24- Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas, CM. (org). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz; 2003. p.15-38.

25- Organização Mundial da Saúde. Secretaria da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores*. [Internet]. 2005. [citado em 2012 mai 02]. Disponível em: http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-1_Marmott-3%87%C3%83O%20SOBRE%20OS%20DETERMINANTES%20SOCIAIS%20DA%20SA%20C3%9ADE.pdf

26- Gonçalves CCM. *Atuação sobre os determinantes sociais de saúde em uma iniciativa de Campo Grande, MS: Projeto Viva Seu Bairro* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.

27- Balbino CM. *A gerência do cuidado de Enfermagem na implantação de um espaço de cuidar em saúde à comunidade escolar* [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2010.

28- Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 160 p.

29- Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Bases para a Educação em Saúde nos Serviços*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 10 p.*Documento Preliminar a ser

submetido a processo de discussão e aperfeiçoamento na Oficina Nacional de Educação em Saúde nos Serviços do SUS

30- Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. saúde pública*. 2005 jan-fev;21(1):200-206.

31- Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I. Brasília: Funasa; 2007. 70 p.

32- Organização Mundial da Saúde. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: OMS; 2011. 176 p.

33- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS; 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1)

34- Organização Pan-Americana de Saúde, Comitê de Gestão da Rede CARMEN. CARMEN: iniciativa para prevenção de doenças não-transmissíveis nas Américas. Cuba: OPAS; 2002. 40 p.

35- Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2006 [citado em 2012 mai 2];15(3):47-65. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=es. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300006>

36- Maciel ICF, Araújo TL. Consulta de Enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2003 mar-abr;11(2):207-14.

37- Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, de 26 de junho de 1986, Seção 1.

38- Fuly PSC, Leite JL, Lima SBS. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de Enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2008 [citado em 2012 nov 08];61(6):883-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000600015>

39- Kishimoto TM. O jogo e a educação infantil. *Perspectiva*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2002.

40- Magalhães CR. O jogo como pretexto educativo: educar e educar-se em curso de formação em saúde. *Interface comun. saúde educ.* 2007 set-dez;11(23):647-54.

- 41- Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
- 42- Engel GI. Pesquisa-ação. *Educar*. 2000;(16):181-91.
- 43- Pimenta SG. Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. *Educação e Pesquisa*. 2005 set./dez;31(3):521-39.
- 44- Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 1994.
- 45- Nunes JM, Infante M. Pesquisa-ação: uma metodologia de consultoria. In: Escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio (Org.). Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas. [internet] Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996. p. 97-114. [Citado em 2013 set 4]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>
- 46- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4.ed. São Paulo: Atlas; 2002.
- 47- Polit DF. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem. 7.ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011.
- 48- Brasil. Estatuto da criança e do adolescente. 7.ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara; 2010. 225 p.
- 49- Pender N. The Health Promotion Model. [Internet]. 2011 [citado em 2013 ago 30]. Disponível em: <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>
- 50- Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 23.ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2004.
- 51- Ministério da Saúde (Brasil). Resolução CNS n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 1996. [citado em 2012 jun 06]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>
- 52- Bardin L. Análise de conteúdo. 3.ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
- 53- Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. enferm. UERJ*. 2008 out-dez;16(4):569-76.
- 54- Malta DC, Oliveira MR, Moura EC, Silva SA, Zouain CS, Santos FP et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;16(3):2011-22.

- 55- Ministério da Saúde (Brasil). A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT – no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. 80p.
- 56- Recine E, Radaelli P. Obesidade e desnutrição. [Internet] Apoio ao vídeo *Cuidados com os Alimentos* da série “TV Escola” do Ministério da Saúde (Brasil). Parceria entre o Departamento de Nutrição da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e a Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Política de Saúde do Ministério da Saúde. [citado em 2013 out 12]. Disponível em:
http://www.spnutric.com/directrizes/download/190_obesidade_desnutricao.pdf
- 57- Muniz LC. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. *Rev. saúde pública.* 2012;46(3):534-42.
- 58- Seabra AF, Mendonça DM, Thomis MA, Anjos LA, Maia JA. Determinantes biológicos e socioculturais associados à prática de atividade física de adolescentes. *Cad. saúde pública.* 2008 abr; 24(4):721-36.
- 59- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil), Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. 138p.
- 60- Bretas JRS. Manual de exame físico para a prática da enfermagem em pediatria. São Paulo: Iátria; 2005.
- 61- Whaley LF, Wong DL. Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
- 62- Onis M de, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2007 sep [citado em 2013 out 20];85(9):660-7. Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862007000900010&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862007000900010>.
- 63- Freitas ASS, Coelho SC, Ribeiro RL. Obesidade Infantil: influência de hábitos alimentares inadequados. *Saúde & Amb. Rev.* [Internet]. 2009 jul-dez [citado em 2013 set 5];4(2):9-14. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/sare/article/view/613/598>
- 64- Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 150 p.
- 65- Balaban G, Silva GAP da. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma escola da rede privada de Recife. *J. pediatr.* [Internet]. 2001 [citado

em 2013 set 5];77(2):96-100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v77n2/v77n2a08.pdf>

66- Farias Júnior JC, Silva Lopes A. Prevalência de sobrepeso em adolescentes. R. bras. Ci. e Mov. [Internet]. 2003 jul-set [citado em 2013 set 5];11(3):77-84. Disponível em: http://www.aleixo.com/arquivos/artigos_ptg/Preval%C3%Aancia%20de%20sobrepeso%20em%20adolescentes.pdf

67- Campos LF, Gomes JM, Oliveira JC. Obesidade Infantil, Actividade Física e Sedentarismo em crianças do 1ºciclo do ensino básico da cidade de Bragança (6 a 9 anos). Motri. [Internet]. 2008 Set [citado em 2013 out 20];4(3):17-24. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646107X200800300004&lng=pt. DOI:10.6063/motricidade.4(3).267

68- Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 236p.

69- Rossi A, Moreira EAM, Rauen MS. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. Rev. nutr. [Internet]. 2008 nov-dez [citado em 2013 set 5]; 21(6):739-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732008000600012&script=sci_arttext. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000600012>

70- Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico. 2.ed. Rio de Janeiro: ANS; 2007. 168 p.

71- World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. [Internet]. Geneva: OMS; 2010. [citado em 2013 set 13]. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-5-17years.pdf>

72- Ministério da Saúde (Brasil). Por uma vida longa e sempre saudável. Saúde, Brasil. 2008 set;148:1-12.

73- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). A Anvisa na redução à exposição involuntária à fumaça do tabaco. Brasília: Anvisa; 2009.

74- Freire P. Pedagogia do oprimido. Ed. Especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2012.

75- Santos ACS, Santos I. Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. Texto & contexto enferm. [internet]; 2010 out-dez [citado em 2013 setembro 05];19(4):745-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400018&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400018>.

- 76- Sakraida TJ, Nola J Pender: Health promotion model. In: Tomey AM, Alligood MR. Nursing theorists and their work. 6. ed. St Louis-Missouri (US): Mosby-Elsevier; 2006. p.452-71.
- 77- Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 4.ed. Englewood cliffs: Prentice Hall, New Jersey; 2002. 340 p.
- 78- Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. O que é vida saudável?: álbum seriado. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 98 p.
- 79- Carvalho CP, Mineiro A. Promoção da saúde e dos estilos de vida saudáveis no contexto escolar português: uma proposta de intervenção lúdica. Democratizar. [internet]; 2012 ago-dez. [citado em 2013 set 13];VI(2). 12p. Disponível em: <http://www.faecet.rj.gov.br/desup/images/democratizar/v6-n2/democratizar-2012-cristiana-mineiro.pdf>
- 80- Freire P. Educação como prática da liberdade. 23.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.
- 81- Marques LP, Oliveira SPP. Paulo Freire e Vygotsky: reflexões sobre a educação. V Colóquio Internacional Paulo Freire; 2005 set 19-22; Recife. Brasil: 2005.
- 82- Wardle J. Eating behaviour and obesity. Obes Rev. 2007;8(1):73-5.
- 83- Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 3.ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS; 2009. 244 p.
- 84- Vilarinho RMF, Lisboa MTL, Thiré PK, França PV. Fatores de risco de natureza modificável para diabetes mellitus. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2008 set;12(3):452-6.
- 85- Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico. 2.ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS; 2007. 168 p.
- 86- Machado MM. A Criança é Performer. Educ. Real. [internet]. 2010 mai-ago [citado em 2013 out 2];35(2):115-37. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/11444/9447>
- 87- Orsi LB, Crisostimo AL. A influência dos meios de comunicação nos hábitos alimentares dos adolescentes. [Internet] 2009? [citado em 2013 out 2]; Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1613-8.pdf>
- 88- Teixeira ER, Figueiredo NMA. O desejo e a necessidade no cuidado com o corpo: uma perspectiva estética na prática de Enfermagem. Niterói: EdUFF; 2001.
- 89- Wilhelm FA, Lima JHCAD, Schirmer KF. Obesidade infantil e a família: educadores emocionais e nutricionais dos filhos. Psicol. Argum [internet]. 2007[citado em 2013 out 3];

25(49):143-54. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=527252&indexSearch=ID>

90- Duarte ACS, Barboza RJ. Paulo Freire: o papel da educação como forma de emancipação do indivíduo. *Revista Científica Eletrônica de Pedagogia* [internet]. 2007 [citado em 2013 out 3];V(09):[7]. Disponível em: <http://www.revista.inf.br/pedagogia09/pages/artigos/edic09-anov-art09.pdf>

91- Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc. saúde coletiva*. [internet]. 2008 [citado em 2013 out 3];13(2):2029-40. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a07>

92- Refrande SM, Silva RMCRA, Pereira ER, Silva MA. Estratégias em saúde da criança: contribuições ao ensino em Enfermagem a partir do pensar Merleau-Pontyano. *Rev. cuba. enferm.* [internet]. 2012 [citado em 2013 nov 12];28(2):156-68. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v28n2/enf11212.pdf>

93- Nóbrega TP. Merleau-Ponty: o filósofo, o corpo e o mundo de toda a gente! In: *Anais do XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e II Congresso Internacional de Ciências do Esporte*; 2007 set 16-21; Recife, Brasil: 2007.

94- Ministério da Educação, Secretaria de Educação Infantil. Saúde. [Internet] 1ª Parte. [citado em 2013 nov 12];59-90. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>

95- Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Saúde na escola*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 96 p.

96- Guloso. In: *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. [internet] [citado em 2013 nov 12]. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/guloso>

97- World Health Organization, Pan American Health Organization. *Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital*. Geneva: WHO Global Report; 2005. 36p.

98- Hansen J, Macarini SM, Martin GDF, Wanderlind FH, Vieira ML. O brincar e suas implicações para o desenvolvimento infantil a partir da psicologia evolucionista. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 2007;17(2):133-43.

99- Cordazzo STD, Vieira ML. A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. *Estud. pesquis. psicol.* [Internet]. 2007 [citado em 2013 nov 8];7(1):89-101. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v7n1/artigos/pdf/v7n1a09.pdf>

100- Gomes TP, Castro GM. Brincar e desenvolvimento infantil: uma análise reflexiva. [internet] 2010 [citado em 2013 nov 8]. Disponível em: www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/.../GT_08_04_2010.pdf

101- Pontes TE, Costa TF, Marum ABRF, Brasil ALD, Taddei JAAC. Orientação nutricional de crianças e adolescentes e os novos padrões de consumo: propagandas, embalagens e rótulos. Rev. paul. pediatri. [internet] 2009 [citado em 2013 nov 8];27(1):99-105. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n1/15.pdf>

102- Guimarães LV, Barros MBA, MARTINS MSAS, Duarte EC. Fatores associados ao sobrepeso em escolares. Rev. nutr. [internet] 2006 jan-fev [citado em 2013 nov 8];19(1):5-17. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/12915>

103- Sendin MM. Manual de atividades lúdicas. Associação Viva e Deixe Viver. [Internet]. 2011 [citado em 2010 nov 8]. Disponível em: http://saudedamente.com.br/wp-content/.../Manual_de_Atividades_Ludicas.pdf

104- Almeida ACPC, Shigunov V. A atividade lúdica infantil e suas possibilidades. Rev. educ. fis. [internet]; 2000 [citado em 2013 nov 14];11(1):69-76. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/viewFile/3793/2608>

105- Souza MNGG, Rojas JS. O brincar uma percepção. Rev. rascun. cult. [internet] 2010 jul-dez [citado em 2013 nov 14];1(2):289-300. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3694660.pdf>

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do projeto: **Jogo educativo para escolares: Uma proposta interativa na consulta de Enfermagem**

Pesquisador responsável: Arina Fonseca

Instituição a que pertence o pesquisador responsável: **ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA AFONSO COSTA – UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

Telefone para contato: (21) 78936913 E-mail: arinafonseca@hotmail.com

O Senhor e seu filho estão sendo convidados a participar da pesquisa: **Jogo educativo para escolares: Uma proposta interativa na consulta de Enfermagem** de responsabilidade do pesquisador Arina Fonseca.

A pesquisa aqui apresentada tem como **objetivos**: *Analisar o conhecimento de crianças sobre hábitos saudáveis de saúde; Descrever quais são os fatores de risco para doenças crônicas a que são expostas as crianças em idade escolar em seus ambientes segundo as próprias crianças e Elaborar a partir do conhecimento das crianças um instrumento lúdico em forma de jogo educativo sobre hábitos saudáveis em saúde* A pesquisa será realizada através de uma entrevista, em que seus depoimentos serão gravados em aparelho digital MP3 para preservar a integralidade dos discursos. Caso necessite, poderão ser marcados encontros para respostas ou esclarecimentos de qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Os resultados da pesquisa serão publicados em trabalhos e/ou revistas científicas. A retirada do consentimento e permissão de realização do estudo pode ser feita a qualquer momento, sem que isso lhes cause quaisquer prejuízos. Será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à privacidade do participante da pesquisa. Esta pesquisa não oferece riscos para você e seu filho e os benefícios da participação nela são de aumentar o conhecimento científico na área de Saúde e Enfermagem visando favorecer o atendimento as necessidades de saúde do seu filho. Se houver dúvidas ou quiser que os dados não sejam mais utilizados, por favor, entre em contato com a pesquisadora. Este documento será elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo representante legal do sujeito da pesquisa e uma arquivada pelo pesquisador.

Eu, _____, RG nº _____, li e/ou ouvi os esclarecimentos sobre o projeto e compreendi para que serve o estudo, e quais procedimentos meu filho (a) será submetido. As explicações que recebi esclareceram os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper a participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará seu tratamento. Sei que seu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Diante dos esclarecimentos prestados, autorizo meu (minha) filho(a) a participar desse estudo como voluntário (a), desde que ele (a) também concorde, nascido aos/...../..... .

Por isso ela (ou ele) assina (caso seja possível) junto comigo este Termo de Consentimento.

Assinatura do responsável legal

Assinatura da criança (caso ele possa assinar)

Documento de Identidade(se possuir)

Rio de Janeiro,/...../.....

Arina Fonseca
Pesquisadora Responsável

Apêndice B

Formulário de coleta de dados

CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA			
Nome:		Idade:	
Peso:	Altura:	Percentil:	
Cor: <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> indígena			
PA:	FC:	R:	Tax:
Pratica atividade física? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Qual (is)?	
Quantas vezes por semana? De forma regular?			
Passa quantas horas por dias assistindo TV e/ou jogando vídeo game?			
Faz quantas refeições por dia?			
Come frutas/vegetais/legumes/verduras? <input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> poucas <input type="checkbox"/> todas			
Quantas porções de frutas/vegetais/legumes/verduras são consumidas por dia?			
Possui alguma doença? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Qual (is)?	
Realiza tratamento para tal (is) doenças? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Qual (is)?	
CARACTERIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL 1: grau de parentesco:			
Idade:	Peso:	Altura:	IMC:
Cor: <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> indígena			
Ocupação:		Grau de instrução:	
Pratica atividade física? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Qual (is)?	
Quantas vezes por semana?			
Faz quantas refeições por dia?			
Come frutas/vegetais/legumes/verduras? <input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> poucas <input type="checkbox"/> todas			
Quantas porções de frutas/vegetais/legumes/verduras são consumidas por dia?			
Faz uso de:			
Tabaco? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Quantos cigarros por dia?	Há quanto tempo?
Bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Quantas vezes por semana?	
Possui histórico familiar de:			
<input type="checkbox"/> HAS	Grau de parentesco:		
<input type="checkbox"/> DM	Grau de parentesco:		
<input type="checkbox"/> AVE	Grau de parentesco:		
<input type="checkbox"/> IAM	Grau de parentesco:		
<input type="checkbox"/> CA	Grau de parentesco: Órgão atingido:		
<input type="checkbox"/> DPOC	Grau de parentesco:		
Possui alguma doença? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Qual?	
Realiza tratamento? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Qual?	

CARACTERIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL 2 grau de parentesco:			
Idade:	Peso:	Altura:	
Cor: () negra () branca () parda () amarela () indígena			
Ocupação:	Grau de instrução:		
Pratica atividade física? () sim () não	Qual (is)?		
Quantas vezes por semana?			
Faz quantas refeições por dia?			
Come frutas/vegetais/legumes/verduras? () nenhuma () poucas () todas			
Quantas porções de frutas/vegetais/legumes/verduras são consumidas por dia?			
Faz uso de:			
Tabaco? () sim () não	Quantos cigarros por dia?	Há quanto tempo?	
Bebida alcoólica? () sim () não	Quantas vezes por semana?		
Possui histórico familiar de:			
() HAS	Grau de parentesco:		
() DM	Grau de parentesco:		
() AVE	Grau de parentesco:		
() IAM	Grau de parentesco:		
() CA	Grau de parentesco: Órgão atingido:		
() DPOC	Grau de parentesco:		
Possui alguma doença? () sim () não Qual?			
Realiza tratamento? () sim () não Qual?			
CONHECIMENTO DA CRIANÇA			
O que é ser saudável?			
Você é saudável? Por que sim? Por que não?			
Como você pode ter uma vida mais saudável?			
Quais são os alimentos que fazem bem para nosso corpo?			
Quais são os alimentos que fazem mal para nosso corpo?			
O que faz bem para nosso corpo/ saúde?			
O que faz mal para nosso corpo/ saúde?			
Esporte/ exercício físico é bom para...			
Que tipo de atividade física você pode fazer para ser saudável?			
O que não contribui para uma vida saudável?			
Quais doenças podemos evitar quando temos uma vida saudável?			

Anexo A

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Jogo educativo para escolares: Uma proposta Interativa na consulta de enfermagem

Pesquisador: arina fonseca

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16883413.0.0000.5243

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 411.723

Data da Relatoria: 05/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, de campo, que será realizada no ambulatório de pediatria da Terceira Policlínica do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ) no município de Niterói. Os sujeitos serão as crianças em idade escolar(7-12)que serão convidados a participar de uma consulta de enfermagem onde ocorrerá uma entrevista semi-estruturada. os critérios de inclusão serão: crianças de 7 a 12 anos; acompanhadas por um responsável; termo de consentimento assinado pelo responsável. O critério de exclusão será a criança não aceitar participar da consulta. A amostra será por conveniência atendendo os critérios de inclusão e exclusão. A análise de conteúdo por Bardin resultará em categorias que serão discutidas à luz de autores que abordam a temática. Para a instrumentalização da entrevista será utilizado um formulário com eixos temáticos, dentre eles: caracterização da criança e de sua família, alimentação, atividade física, hábitos dos pais e/ou responsável legal, histórico patológico familiar, conhecimento das crianças sobre o que faz bem para o corpo e o que faz mal. As entrevistas também terão o áudio gravado em mp3 a fim de colaborar com a análise posterior evitando assim a perda de dados.A apreciação dos dados será por análise de conteúdo segundo Bardin seguida por sua categorização em grupos de risco considerando as DCNT mais prevalentes atualmente de

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2620-9189 Fax: (21)2620-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

Continuação do Parecer: 411.723

acordo com dados da OMS: risco para doenças cardiovasculares e hipertensão arterial sistêmica (HAS), risco para diabetes mellitus (DM), risco para cânceres (CA), risco para doenças respiratórias e riscos comuns para DCNT. Além destas serão construídas as categorias sobre os itens da entrevista denominados *“condições que levam a ter saúde”* e *“condições que deixam a pessoa doente”*. Vale lembrar que tais categorias são flexíveis, ou seja, são provisórias podendo sofrer alterações de acordo com a necessidade durante a análise. A discussão permitirá a construção do jogo de tabuleiro com explanação para dar embasamento teórico às ações aplicadas e para construção do produto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

“Analisar o conhecimento de crianças sobre hábitos saudáveis de saúde”

Objetivos específicos:

“Descrever quais são os fatores de risco para doenças crônicas a que são expostas as crianças em idade escolar em seus ambientes segundo as próprias crianças”

“Elaborar a partir do conhecimento das crianças um instrumento lúdico em forma de jogo educativo sobre hábitos saudáveis em saúde”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Pesquisador declara ciência de que não se justifica submeter seres humanos a riscos inútilmente e que toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco, declarando ainda que a pesquisa em tela oferece baixos riscos aos sujeitos.

Benefícios:

Esta pesquisa contribuirá na construção de uma estratégia educativa em saúde para uso dos enfermeiros na consulta de enfermagem a crianças e poderá ser empregada nas ações de promoção da saúde para prevenção dos fatores de risco.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

Página 02 de 03

Continuação do Parecer: 411.723

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, mas com benefícios restritos ao local de aplicação, com limitação. Não apresenta riscos físicos e poucos riscos de provocar problemas de ordem psico-social. Metodologia que permite avaliar de modo limitado os conhecimentos infantis sobre o processo saúde-doença.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presente e adequado

Recomendações:

Aprovação do projeto

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 01 de Outubro de 2013

Assinador por:
ROSANGELA ARRABAL THOMAZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITEROI
Telefone: (21)2820-9189 Fax: (21)2820-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

Anexo B

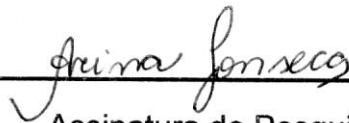


SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
DIRETORIA GERAL DE SAÚDE
3ª POLICLÍNICA-NITERÓI

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE

Autorizo a pesquisadora Arina Fonseca, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **Jogo educativo para escolares: uma proposta interativa na consulta de enfermagem**, e sua equipe a utilizarem a Unidade de Saúde 3ª Policlínica – Niterói do CBMERJ, como campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo CEP.

Rio de Janeiro, 8 de maio de 2013.



Assinatura do Pesquisador responsável



Assinatura do Diretor da Unidade