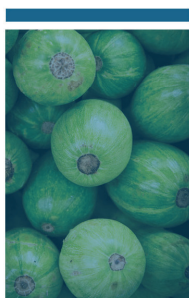


Estratégia Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade: PROMOVENDO MODOS DE VIDA E ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA



SETEMBRO, 2014

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – CAISAN

TEREZA CAMPELLO — MINISTRA DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME
PRESIDENTA

ARNOLDO CAMPOS — SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SESAN)
SECRETÁRIO

Pleno Ministerial da CAISAN

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME – TEREZA CAMPELLO

CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA- ALOIZIO MERCADANTE

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, PECUÁRIA E ABASTECIMENTO – RUBENS RODRIGUES DOS SANTOS

MINISTÉRIO DAS CIDADES- GILBERTO OCCHI

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO- MIGUEL SOLDATELLI ROSSETTO

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – JOSÉ HENRIQUE PAIM

MINISTÉRIO DA FAZENDA- GUIDO MANTEGA

MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE- IZABELLA TEIXEIRA

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO- MIRIAM BELCHIOR

MINISTÉRIO DA SAÚDE- ADEMAR ARTHUR CHIORO DOS REIS

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO- MANOEL DIAS

MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL- FRANCISCO JOSÉ COELHO TEIXEIRA

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO- CLÉLIO CAMPOLINA

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES- LUIZ ALBERTO FIGUEIREDO

MINISTÉRIO DA PESCA E AQUICULTURA- EDUARDO BENEDITO LOPES

SECRETARIA GERAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA- GILBERTO CARVALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA- ELEONORA MENICUCCI

SECRETARIA DOS DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA- IDELI SALVATTI

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA- LUIZA HELENA DE BAIRROS

Pleno Executivo da CAISAN

SECRETÁRIO-EXECUTIVO- TEREZA CAMPELLO

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME –ARNOLDO DE CAMPOS

CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA- MAGALY MARQUES

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, PECUÁRIA E ABASTECIMENTO- JOÃO MARCELO INTINI

MINISTÉRIO DAS CIDADES- PAULO ALVES ROCHEL FILHO

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO- ONAUR RUANO

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO- ALBANEIDE MARIA LIMA PEIXINHO

MINISTÉRIO DA FAZENDA- ALOÍSIO LOPES PEREIRA DE MELO

MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE – PAULO GUILHERME FRANCISCO CABRAL

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO- KALID NOGUEIRA CHOUDHURY

MINISTÉRIO DA SAÚDE- PATRÍCIA CONSTANTE JAIME

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL- MARCELO GIAVONI

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO- OSÓRIO COELHO

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES- MILTON RONDÓ FILHO

MINISTÉRIO DA PESCA E AQUICULTURA- LUÍS ALBERTO DE MENDONÇA SABANAY

SECRETARIA GERAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA- SELVINO HECK

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA- RAIMUNDA CELESTINA DE MASCENA

SECRETARIA DOS DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA- MARIA MARINETE MERSS

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA - SILVANY EUCLÊNIO DA SILVA

SECRETARIA- EXECUTIVA DA CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL - CAISAN

Coordenação-Geral de Apoio à Implantação e Gestão do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

- CGSISAN

Coordenadora-Geral – PATRÍCIA GENTIL

Coordenador Técnico – ÉLCIO MAGALHÃES

Assessor Técnico – JOÃO AUGUSTO DE FREITAS

Assessora Técnica – ROZINEY ALENCAR MELO WEBER

Assessora Técnica – TELMA CASTELLO BRANCO

Assistente Técnica – CARMEM CARDOSO TEIXEIRA SILVA

Apoio Administrativo – LUCIANA CARDOSO DE ALMEIDA

ORGANIZADORES:

Coordenação-Geral de Educação Alimentar e Nutricional – CGEAN/DEISP/SESAN/MDS

ELABORAÇÃO:

Comitê Técnico – CT6 da CAISAN

DIAGRAMAÇÃO E PROJETO GRÁFICO:

Rafael Lampert Zart

COLABORADORES E PARTICIPANTES DA CONSULTA TÉCNICA

Adriana Lima Mello

Albaneide Peixinho

Alexandro Rodrigues Pinto

Ana Carolina Feldenheimer

Ângela Karinne Fagundes de Castro

Ângela Pimenta Peres

Antônio Leopoldo Nogueira Neto

Bianca Lazarini

Brunna Carvalho

Camilla Ceilão

Candice Mello Romero Santos (CONAB)

Carlos Alberto Albuquerque

Carlos Alberto Magalhães Teixeira

Carlos Augusto Monteiro

Carmem Priscila Bocchi

Chirle de Oliveira Raphaelli

Christiane Costa

Cintia Jaqueline Ramos

Cristiano Pinto dos Santos

Cybelle Alves

Daniel Madsen Melo

Daniela Siqueira

Daniella Mariano de Souza Rocha

Débora Ronca

Deborah Carvalho Malta

Denise de Oliveira Resende

Diracy Betânia Cavalcante Lemos Lacerda

Élcio de Souza Magalhães

Elisabete Gonçalves Dutra

Elisabetta Recine

Estelamaris Tronco Monego

Fábio Gomes

Gianna Lepre Perim

Gisele Bortolini

Helen Altoé Duar

Inês Rugani R. de Castro

Ione Maria Fonseca de Melo

Isis Leite Ferreira

Janine Giuberti Coutinho

João Tadeu Pereira

Jordanna Maria Nunes Costa

Jussara Xavier Lima

Karen Oliva

Kathleen Oliveira

Kelly Alves

Kelly Dias Botelho

Kyara Micheline França

Laura Lyra Santos

Léa Rocchi Sales

Lorena Gonçalves Chaves

Luane Margareth Zanchetta

Luciana Araújo de Oliveira

Luciana Sabino de Amorim Pereira

Luciana Sardinha

Luciane Fernandes

Luiz Carlos Barreto Pimenta

Luiz Clóvis Guido Ribeiro

Luiza Lima Torquato

Luisete Moraes Bandeira

Luzia Maria Souza

Maégela Lourenço

Manuela Dias

Marcel Francisco Alvim de Oliveira

Marcelo Gonçalves

Marcos de Souza e Silva

Maria de Fatima Carvalho

Maria Eugênia Cury

Maria Sinedes Neres dos Santos

Mariana Carvalho Pinheiro

Mariana de Araujo Ferraz

Mariana Helcias Côrtes

Marisete Peralta Safons

Marisete S. Araújo

Maristela Calvário Pinheiro

Marta Klumbe

Maya Takagi

Michele Lessa de Oliveira

Mônica Neto

Monique Elisa Batalha Fernandes

Muriel Gubert

Naiza Nayla Bandeira de Sá

Natacha Toral Bertolin

Nelmon Oliveira Costa

Onaur Ruano

Patrícia Chaves Gentil

Patrícia Jaime

Pedro Kitoko

Polyanna Carlos da Silva

Priscyla Bones Rocha

Rafael Zart

Regina Célia Gonçalves Santos

Renata Monteiro

Rimena Glaucia Dias de Araujo

Rodrigo Reis

Rodrigo Silva Amaral

Rosana Bento Radominski

Rosane Nascimento

Rovane Battaglin Schwengber Ritzi

Ruth Borges Dias

Sara Araujo da Silva

Sarah de Araújo Carvalho

Solange Fernandes de Freitas Castro

Stefane Coelho

Tereza Maria Goés Monteiro de Oliveira

Theresa Siqueira

Valéria Moraes

Valéria Torres Amaral Burity

Vera Lucia Bosa

Vítor da Cruz Melo

Viviane Lourenço

Walter Belik

Zaíra Tronco Salerno

10	Apresentação
12	1. Introdução
18	2. Contexto de atuação
19	2.1. Iniquidades sociais e a expressão da insegurança alimentar e nutricional
22	2.2. Características do sistema alimentar que levam à obesidade
24	2.3. Situação epidemiológica de sobrepeso e obesidade no Brasil
32	3. Princípios
36	4. Objetivos
40	5. Diretrizes Estratégicas
44	6. Eixos de ação
46	6.1. Disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis
52	6.2. Educação, comunicação e informação
57	6.3. Promoção de modos de vidas saudáveis nos ambientes/ territórios
76	6.4. Vigilância Alimentar e Nutricional e das práticas de atividade física da população
83	6.5. Atenção integral à saúde do indivíduo com sobrepeso/obesidade
88	6.6. Regulação e controle da qualidade e inocuidade dos alimentos
92	7. Monitoramento e Avaliação
96	Referências

Apresentação

O documento **Estratégia Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade: “orientando sobre modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira”** foi elaborado no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), que reúne 20 Ministérios, com a participação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e da Organização Pan Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). O objetivo do documento é organizar as orientações de forma articulada, conjunta e intersectorial para o enfrentamento do sobrepeso e obesidade e seus determinantes no País.

As pesquisas do Ministério da Saúde apontam que a cada ano a prevalência de obesidade, entre adultos brasileiros, cresce cerca de 0,8% ao ano. Ao todo, são 75 milhões de brasileiros que já apresentam algum grau de sobrepeso e de obesidade, dentre eles 5,7 milhões de crianças entre 5 e 9 anos, o que representa 01 em cada 03 crianças nessa idade. As pesquisas mostram ainda que a velocidade de crescimento do sobrepeso e da obesidade na população de menor renda é maior, mostrando o quanto esta população está mais vulnerável e mais susceptível a essa problemática. A obesidade interfere na qualidade de vida do indivíduo e da coletividade, além de ser um forte fator de risco para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, entre outros), com o impacto expressivo na taxa de mortalidade do Brasil e, conseqüentemente, nos custos do Sistema Único de Saúde.

A determinação do sobrepeso e da obesidade é multifatorial e social. Está relacionada à má alimentação, aos modos de comer e de viver da atualidade e também, preponderantemente, ao sistema alimentar vigente no País. Nesta perspectiva, o governo brasileiro, por meio da CAISAN, apresenta este documento

ratificando a necessidade de elaboração de diretrizes para o enfrentamento deste cenário epidemiológico configurado como um problema social com dimensões morais e repercussões na saúde e na qualidade de vida do indivíduo, pautado em 6 grandes eixos de ação:

1. Disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis
2. Educação, comunicação e informação;
3. Promoção de modos de vida saudáveis nos ambientes/ territórios;
4. Vigilância Alimentar e Nutricional e das práticas de atividade física da população;
5. Atenção integral à saúde do indivíduo com excesso de peso/obesidade;
6. Regulação e controle da qualidade e inocuidade dos alimentos.

O processo de elaboração do Documento se deu em um espaço de articulação inter-setorial, por um Comitê Técnico, no âmbito da CAISAN, o qual elaborou e promoveu as escutas necessárias para o seu aprimoramento com órgãos setoriais, especialistas (Consulta Técnica em setembro de 2011) e sociedade civil (Plenária e Comissões Permanentes do CONSEA em agosto de 2011).

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – CAISAN

1

Introdução

1. Introdução

Nas últimas décadas ocorreram mudanças em diversos setores da sociedade brasileira. A renda média do brasileiro aumentou, houve melhoria do acesso a serviços tanto de saúde como de educação, diminuição do êxodo rural e modificações no modo de vida de grande parte da população. Todos esses fatores influenciaram as tendências de como os brasileiros vivem, adoecem e morrem, impactando assim a saúde no Brasil. Durante décadas, o País conviveu com a desnutrição, principalmente entre mulheres e crianças nos segmentos mais vulneráveis da sociedade e, até então, as políticas públicas e os programas governamentais foram traçados sob essa ótica (BRASIL, 2003).

As conquistas significativas em relação ao combate à fome e à desnutrição foram acompanhadas pelo crescimento de outros problemas de saúde pública, como o aumento progressivo do excesso de peso (sobrepeso e obesidade)¹. Destaca-se que a obesidade, apesar de ser encontrada em todas as faixas de renda e em todas as idades, possui velocidade de crescimento maior nas populações mais vulneráveis (BATISTA FILHO & RISSIN, 2003).

A determinação do sobrepeso e da obesidade está no conjunto de fatores que constitui o modo de vida das populações modernas, que consomem cada vez

1 A Organização Mundial da Saúde – OMS considera sobrepeso em adultos quando o índice de massa corporal (IMC), calculado pelo peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, estiver maior ou igual a 25kg/m^2 e menor que 30kg/m^2 , o que já representa risco para desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. Quando o IMC for igual ou superior a 30kg/m^2 , o indivíduo é considerado obeso. A soma dos casos de obesidade e de sobrepeso totaliza o excesso de peso, isto é $\text{IMC} \geq 25\text{ kg/m}^2$ (WHO, 1995).

mais alimentos processados, energeticamente densos e ricos em açúcares, gorduras e sódio com uma quantidade de calorias consumidas além da necessidade individual. Esse desequilíbrio decorre, em parte, pelas mudanças do padrão alimentar aliados à reduzida prática de atividade física, tanto no período laboral como no lazer (MENDONCA & ANJOS, 2004), e pela atuação de corporações transnacionais que promovem o consumo de alimentos não saudáveis (MOODIE et al., 2013).

É importante ressaltar a determinação múltipla e heterogênea (fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos) do excesso de peso. As causas não são apenas individuais, mas também ambientais e sociais, sobre as quais o indivíduo tem pouca ou nenhuma capacidade de interferência (WHO, 1998). Sabe-se que conter o crescimento e reduzir as prevalências de excesso de peso exige a adoção de medidas complexas, com ações dirigidas aos indivíduos e coletividades, as quais, por sua vez proporcionem mudanças sustentáveis nos ambientes e modos de vida de toda a população, possibilitando a adoção de escolhas alimentares adequadas e saudáveis e a prática adequada e suficiente de atividade física.

Nesse contexto, é imprescindível uma ação proativa do Estado brasileiro voltada para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, cujo conceito abrange:

“A alimentação adequada e saudável é a realização de um direito humano básico, com a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, de acordo com o ciclo de vida e as necessidades alimentares especiais, pautada no referencial tradicional local. Deve atender aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação, prazer (sabor), às

dimensões de gênero e etnia, e às formas de produção ambientalmente sustentáveis, livre de contaminantes físicos, químicos, biológicos e de organismos geneticamente modificado” (III CNSAN).

Promover a alimentação adequada e saudável requer desenvolver ações voltadas à promoção da saúde, nutrição e alimentação da população; à garantia da qualidade nutricional e segurança dos alimentos; à produção do conhecimento e o acesso à informação; e à implementação de políticas públicas e estratégias sustentáveis e participativas de produção, comercialização e consumo de alimentos, respeitando as múltiplas características culturais do país. Portanto, implica repensar políticas públicas que possam incidir sobre o comportamento e o consumo alimentar da população brasileira, bem como a promoção da atividade física (CONSEA, 2007).

O presente Documento reflete um esforço integrado e intersetorial do governo para cooperar no enfrentamento da situação perversa da má-nutrição no Brasil. O país convive atualmente com estas duas faces da insegurança alimentar e nutricional – desnutrição e obesidade - que coexistem nas mesmas comunidades e, muitas vezes no mesmo domicílio, o que requer uma atuação articulada entre os vários setores da sociedade os quais atuam nos temas afetos à determinação da insegurança alimentar e nutricional (CONSEA, 2004).

Neste tocante, o presente documento afirma-se ainda como uma das ações para o alcance dos objetivos propostos pelas ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011), lançado pelo Ministério da Saúde em 2011, que visa promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis, baseadas em evidências para a prevenção e o controle das

DCNT e seus fatores de risco assim como fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas.

Ainda, destaca-se o processo de elaboração e discussão deste documento estratégico, que se deu num espaço de articulação intersetorial no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional CAISAN², com o apoio da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS) no Brasil e do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Além do processo de elaboração³, propõe-se que a responsabilidade pela sua gestão seja implementada também em um cenário intersetorial, por um Comitê Gestor que se responsabilizará por implementar,

2 A Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional – CAISAN é a instância governamental do SISAN na esfera federal responsável pela articulação intersetorial de 19 ministérios no Governo Federal (Art. 3º do Decreto 6.272/2007 e Art. 3º do Decreto 6.273/2007). Tem a atribuição de elaborar a Política e o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, indicando diretrizes, metas, fontes de recursos e instrumentos de acompanhamento, monitoramento e avaliação de sua implementação. Para fazer frente a suas atribuições, a CAISAN tem autonomia para instituir Comitês Técnicos, conforme estabelecido no Art. 5º do Decreto 6.273, de 23 de novembro de 2007.

3 A Resolução N.º 7, de 9 de junho de 2011, instituiu o Comitê Técnico 6 com a finalidade de elaborar o Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade até 10/08/2011, com a seguinte composição: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Educação; Ministério da Saúde; Ministério das Cidades; Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial. Além destes ministérios, foram realizadas reuniões setoriais com: Ministério do Desenvolvimento Agrário, Ministério da Fazenda, Companhia Nacional de Abastecimento – CONAB/MAPA, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Pesca. Ainda, foram incluídos na composição do Comitê Técnico 6 o Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão e o Ministério dos Esportes.

monitorar e avaliar a implementação de estratégias intersetoriais da administração pública, bem como promover sua interlocução com os entes federativos, a iniciativa privada, as universidades e a sociedade civil organizada.

O documento Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira é parte integrante e está em sintonia com o Plano Plurianual 2012-2015, Plano Brasil Sem Miséria, Plano de Segurança Alimentar e Nutricional e o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011). A Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade contribui para as metas estabelecidas do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Este documento tem como propósito promover a reflexão e fomentar a implementação da Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade pelos diversos setores que compõem a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) tanto no nível federal como no nível estadual.

2

Contexto de atuação

2. Contexto de atuação

2.1. Iniquidades sociais e a expressão da insegurança alimentar e nutricional

No Brasil a persistência das iniquidades sociais é em grande parte consequência das desigualdades na distribuição de renda. São reconhecidas as inter-relações entre as iniquidades sociais, a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e a saúde. Pobreza e insegurança alimentar e nutricional são fenômenos relacionados, porém distintos. Uma intervenção eficaz e que atue sobre ambas as situações deve perceber as singularidades e suas complexas mediações (SOARES et. al., 2006). Não se trata apenas de estimar o impacto da pobreza no estado nutricional e vice-versa, mas também, entender conexões muitas vezes contraditórias como a coexistência da desnutrição e da obesidade na mesma comunidade, ou até mesmo, no mesmo domicílio. Isto porque a desnutrição e a obesidade são diferentes faces da Insegurança Alimentar e Nutricional no País. E, é justamente nas famílias brasileiras mais vulneráveis, que esse fenômeno é mais frequente (CONSEA, 2004).

O conceito atual de Segurança Alimentar e Nutricional baseia-se na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis. Essa concepção ampla envolve um conjunto de questões referentes à produção, abastecimento, comercialização, controle e consumo de alimentos; a conformação da pobreza e da desigualdade em cada sociedade; a qualidade sanitária e nutricional dos alimentos; o respeito à cultura alimentar; a degradação ambiental; e a determinação do processo saúde-doença (BRASIL, 2006).

É importante destacar que este conceito de Segurança Alimentar e Nutricional evoluiu na medida em que avançou a história da humanidade e foram alteradas a organização social e as relações de poder em uma sociedade. Durante a primeira Guerra Mundial (1914-1918) o conceito tinha estreita ligação com segurança nacional e com a capacidade de cada país produzir sua alimentação. Já após a Segunda Guerra a segurança alimentar foi hegemonicamente tratada como uma questão de insuficiente disponibilidade de alimentos.

A partir da década de 1950 a produção agrícola passou por um intenso ritmo de crescimento, ultrapassando inclusive o ritmo de aumento da população, sendo a política de crédito rural subsidiado a principal responsável por esse fenômeno. Entretanto, paradoxalmente ao crescimento da produção agrícola, os preços dos alimentos continuavam elevados e a fome já era evidenciada juntamente à carência dos alimentos e à inflação. Os fatores fundamentais que explicavam essa inconsistência eram a ineficiência das estruturas de comercialização e o destaque dos produtos industrializados no consumo da população (BELIK; DA SILVA; TAKAGI, 2001).

Na década de 1970, com a crise mundial de produção de alimentos, identificou-se que a garantia da segurança alimentar não é somente uma questão de produção, mas, também de abastecimento. Apontou-se assim para a necessidade de uma política de armazenamento estratégica e de oferta de alimentos, associada à proposta de aumento da produção de alimentos. Na década de 1980, os ganhos contínuos de produtividade na agricultura, excedentes de produção e aumento de estoque, resultaram na queda dos preços dos alimentos. Esses excedentes começaram a ser colocados no mercado sob a forma de alimentos industrializados, sem que houvesse a eliminação da fome e/ou da má-nutrição. Nessa década, o conceito de SAN passou a ser relacionado com a garantia de acesso físico e econômico de todos e de forma permanente (ABRANDH, 2010).

Vale destacar que, apenas em 1986, mesmo após a influência de Josué de Castro sobre a fome na década de 1930, o objetivo da segurança alimentar aparece na proposta de uma política de abastecimento alimentar, que teve poucos resultados práticos na época. Observam-se avanços no conceito de segurança alimentar com a inserção da garantia de acesso a alimento seguro, produzidos de forma sustentáveis e culturalmente aceitáveis. Essa visão foi consolidada nas declarações da Conferência Internacional de Nutrição (1992) realizada pela FAO (Organização das Nações Unidas para Agricultura e alimentação) e OMS agrega-se o aspecto nutricional ao conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (ABRANDH, 2010). A partir da década de 1990, consolida-se um movimento em direção à reafirmação do Direito Humano à Alimentação Adequada. A Cúpula Mundial de Alimentação, realizada em Roma (1996), pela FAO, associou definitivamente o papel do DHAA à garantia de SAN (ABRANDH, 2010).

É a partir desse contexto que, em 1991 e 1993 foi elaborada a proposta de uma Política Nacional de Segurança Alimentar e instalado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), respectivamente, que contribuíram para a inserção definitiva da questão agroalimentar e da fome como prioridade na agenda política nacional. A proposta declarava que apesar de ter ocorrido a modernização e ampliação da capacidade de produção e distribuição de alimentos, não houve resultados na redução dos preços dos alimentos e, conseqüentemente, pouco contribuiu com a questão de acesso aos alimentos. Devido a isso, foram implementadas políticas de regulação dos mercados como condicionantes da segurança alimentar (MALUF; MENEZES; VALENTE, 1996).

No início dos anos 2000 é então retomada a discussão sobre o problema da fome e da miséria no país, que foi parcialmente esquecida desde a mobilização pela “Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida” e da extinção do CONSEA. A retomada ocorreu devido à piora do quadro de pobreza e vulnerabi-

lidade das famílias brasileiras, agravada pela crise econômica e pelo crescimento do desemprego, bem como o incentivo dos organismos internacionais (FAO, ONU - Organização das Nações Unidas e Banco Mundial) na questão da fome e da pobreza (BELIK; DA SILVA; TAKAGI, 2001).

Na II Conferência de SAN, em 2004, a obesidade foi reconhecida como uma das faces da insegurança alimentar e nutricional, como consequência do consumo inadequado de alimentos, aliada à inatividade física, os quais são determinados por uma complexidade de fatores sociais, econômicos e culturais. O sistema alimentar vigente, a falta do acesso financeiro e/ou físico a uma alimentação adequada e saudável, a falta de informações sobre o que é uma alimentação adequada e saudável são exemplos destes fatores. Dessa forma, o acesso à alimentação e nutrição saudáveis, com base no DHAA e na SAN, é determinado por diversos fatores, quais: o acesso ao trabalho e/ou escola, ao emprego e à renda; a produção, o abastecimento e a distribuição de produtos agrícolas; o crédito agrícola e o estímulo ao pequeno produtor; os estoques de alimentos; o abastecimento e a suplementação alimentar de diferentes segmentos populacionais e sociais (BRASIL, 2003).

2.2. Características do sistema alimentar que levam à obesidade

Os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional que vêm ocorrendo nas últimas décadas no mundo e também no Brasil possuem relação direta com o perfil de consumo alimentar da população e sua morbimortalidade. A última metade do século XX marcou o início de um período de mudanças sem precedentes no que diz respeito ao sistema alimentar com consequências drásticas nas práticas alimentares tradicionais (SICHIERI et. al., 1997).

Houve mudanças na forma de produção, abastecimento, distribuição, controle de mercado (altos níveis de concentração de participação de mercado), promoção e consumo dos alimentos. A forma vigente de produzir, distribuir, controlar e consumir alimentos, associada a todas as demandas geradas pelo modo de vida urbano, está diretamente relacionada com a determinação social do sobrepeso e da obesidade. Este novo sistema alimentar foi e tem sido pautado em função das transformações técnicas, tecnológicas, econômicas e sociais. Dentre as características principais da revolução desse século destacam-se o aumento da produtividade e por consequência, o processamento dos alimentos (ASSIS & ROMEIRO, 2002).

Neste sentido, faz-se fundamental que as políticas públicas de SAN, alimentação e nutrição efetivamente vinculem a discussão do acesso aos alimentos com a adequação de toda a cadeia alimentar. Isto é, os modos de produzir, abastecer, comercializar e consumir alimentos precisam estar pautados na sustentabilidade do ponto de vista socioeconômico e ambiental; no respeito às singularidades dos povos e comunidades tradicionais, como os quilombolas e os indígenas, e à diversidade cultural; e na promoção da saúde com vistas à garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável. O papel do Estado, no que se refere à proteção da saúde da população, deve ser garantido também por funções regulatórias e mediadoras das políticas públicas setoriais. A responsabilidade entre sociedade, setor produtivo privado e setor público é o caminho para a construção de modos de vida que tenham como objetivo central a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

2.3. Situação epidemiológica de sobrepeso e obesidade no Brasil

O sobrepeso e a obesidade podem ser compreendidos como um agravo de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo⁴. O excesso de peso está claramente associado ao aumento da morbidade e mortalidade e esse risco aumenta progressivamente de acordo com o ganho de peso (WHO, 1995).

O Brasil atravessou nas últimas décadas três importantes transições: demográfica, epidemiológica e nutricional. A transição nutricional se caracterizou pela diminuição dos casos de desnutrição e pelo aumento do sobrepeso e da obesidade. A elevação da obesidade é um fenômeno que ocorre em diversos países do mundo. No Brasil esse aumento apresenta-se acelerado em todas as fases do ciclo da vida e estratos da população. Em 1975 apenas 2,8% dos homens e 7,8% das mulheres eram obesos (BRASIL, 1975). Em 2003 as prevalências aumentaram, quadruplicando entre os homens (8,8%) e praticamente dobrando entre as mulheres (12,7%) (IBGE, 2004). Os dados mais recentes são referentes à Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008/2009) que revelou prevalências de obesidade de 12,5% entre os homens e 16,9% entre as mulheres (IBGE, 2011). Além de acompanhar as tendências da prevalência de obesidade é importante o acompanhamento da proporção de indivíduos com sobrepeso (pessoas com índice de massa corporal - IMC entre 25 e 30 kg/m², segundo a OMS) na população, que hoje no Brasil é de 35% (IBGE, 2011). Desse modo, observa-se que o excesso de peso nos adultos (sobrepeso e obesidade) é uma realidade para metade dos adultos brasileiros.

4 O consumo de alimentos supera o gasto energético, favorecendo o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde devido a sua relação com complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicérides sanguíneos e resistência à insulina. Representa fator de risco para hipertensão arterial, diabetes, doença coronariana, infarto do miocárdio, algumas formas de câncer além de ter alto impacto no aumento da mortalidade em geral (FLASO, 1998; FRANCISCHI, 2000).

Entre as crianças de 5 a 9 anos, apesar dos impactos positivos da redução da desnutrição infantil das últimas décadas (o déficit de altura nesta faixa etária caiu a menos da metade de 1989 a 2009: 14,7% para 7,2% entre os meninos e 26,7% para 12,6% nas meninas), já se mostra preocupante o aumento da obesidade nesta faixa etária, visto que, em 20 anos, as prevalências foram multiplicadas por quatro entre os meninos (4,1% para 16,6%) e por praticamente cinco entre as meninas (2,4% para 11,8%). O aumento da obesidade foi expressivo em todas as macrorregiões e reduziram-se as diferenças entre as classes mais e menos favorecidas, tendo em vista que a obesidade cresceu três vezes mais rápido na população de menor rendimento familiar (IBGE, 2011).

Em 2008-09, após quatro décadas de aumento gradual nas prevalências, em torno de 20% dos adolescentes apresentaram excesso de peso (com pequena diferença entre os sexos) e quase 6% dos adolescentes do sexo masculino e 4% do sexo feminino foram classificados como obesos. De modo análogo às crianças de 5 a 9 anos, entre os adolescentes, as prevalências de excesso de peso e obesidade foram maiores no Centro-Sul do país e são maiores à medida que aumenta a renda familiar (IBGE, 2011).

O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) monitora o estado nutricional da população brasileira por inquérito telefônico, nas capitais do Brasil, obtendo dados sobre a obesidade a partir de informações auto referidas de peso e altura pela população. Em 2010, 48% dos entrevistados estavam com excesso de peso e deles 15% eram obesos. Entre 2006 e 2010, período em que o VIGITEL esteve ativo, o excesso de peso variou de 42,75% para 48,1% e a obesidade foi de 11,4% para 15% entre os entrevistados de ambos os sexos. Ao se estratificar a amostra por escolaridade foi constatado que para ambos os sexos, as maiores frequências são observadas nos estratos de menor escolaridade (0 a 8 anos de estudo),

consequentemente, o de menor renda (VIGITEL, 2010). Em números absolutos, conforme consta no quadro abaixo, o país apresenta hoje uma população de 74 milhões de pessoas de diferentes grupos etários com excesso de peso (IBGE, 2011), exigindo a pronta ação do Estado na condução de estratégias que modifiquem a atual tendência.

Quadro 1. Estimativa da população com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) no Brasil.

Grupo	PNSN 1989	POF 2003	POF 2009
Crianças (5 a 9 anos)	2.280.823	-	5.669.251
Adolescentes (10 a 19 anos)	3.378.640	5.847.642	6.843.626
Adultos (20 anos ou mais)	27.578.272	43.517.032	61.539.085

Fonte: PNSN (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição) 1989, POF 2003, POF 2008/2009.

É importante destacar que o excesso de peso acomete também os povos indígenas. Dados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado pela ABRASCO em 2008, mostrou que 45,9% das mulheres estavam com excesso de peso e cerca de dois terços delas estavam com algum grau de obesidade. Pesquisas também apontam prevalências preocupantes nas comunidades quilombolas. Em Limoeiro de Bacupari, na região litorânea do estado do Rio Grande do Sul, verificou-se que 49,38% das pessoas responderam que

existe em sua residência alguém que possui alguma das seguintes enfermidades: doença cardíaca, pressão alta, obesidade mórbida ou diabetes. O quadro de hipertensão estava presente em 25,3% das pessoas, seguida por 15,66% diabéticos, 4,81% cardíacos e 3,61% obesidade mórbida (Figueiredo e cols., 2011). Ainda, crianças que vivem em quilombos do Estado de Alagoas apresentaram prevalências de déficits de peso por idade, peso por estatura e estatura por idade e sobrepeso, respectivamente, de 3,4, 2,0, 11,5 e 7,1%. O déficit estatural, indicativo de desnutrição crônica, foi o desvio antropométrico mais prevalente, seguido pelo sobrepeso, apesar do perfil de pobreza predominante (Ferreira e cols, 2011).

Os dados comparativos das duas Pesquisas de Orçamentos Familiares – POF (2002/03 e 2008/09) sobre disponibilidade domiciliar de alimentos são indicativos de padrões de consumo que levam ao ganho de peso em todas as classes sociais. O consumo alimentar da população brasileira combina uma dieta tradicional, baseada no arroz e feijão, com alimentos com baixo teor de nutrientes e alto conteúdo calórico, em que o crescente consumo de alimentos processados e ultraprocessados processados e ultra processados, ricos em açúcares (sucos, refrigerantes e refrescos) e gordura (alimentos ultraprocessados) alia-se ao baixo consumo de frutas e hortaliças, muito aquém do recomendado pela OMS e pelo Guia Alimentar para a População Brasileira.

Aliado a esse padrão de consumo alimentar, a baixa frequência de atividade física, tanto laboral, no deslocamento, como no lazer e no ambiente doméstico, é outro importante fator determinante no aumento das taxas de obesidade (BRASIL, 2006). Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE, realizada com escolares do 9º ano do ensino fundamental com idade média de 14 anos, apenas 49,2% dos estudantes tiveram 2 ou mais dias de aulas de educação física na escola na semana anterior à pesquisa. Ressalta-se que essa prática é obrigatória segundo as diretrizes do Ministério da Educação (BRASIL, 2009).

Os dados mostram ainda que a substituição de carboidratos, excluídos os açúcares livres, por proteínas de origem animal e por gorduras (sobretudo monoinsaturadas e saturadas) é mais significativa nos estratos de menor renda. Como resultado, apesar de haver uma ingestão satisfatória de proteínas, há grandes prevalências de consumo excessivo de açúcares e de gorduras saturadas (inadequações de consumo por 61% e 82% da população, respectivamente), bem como baixa ingestão de fibras (consumo insuficiente em 68% da população) refletindo uma inadequação na ingestão de macro e micronutrientes por grande parte dos brasileiros. O consumo de alimentos ricos em açúcares e gorduras pode contribuir para a substituição e/ou redução do consumo de alimentos importantes para uma alimentação saudável (IBGE, 2010).

A partir dos dados dessa pesquisa também foi possível identificar alguns marcadores de consumo de uma dieta saudável, composta de arroz integral, feijão, hortaliças, aves e carne bovina, que estão associados ao menor consumo de energia, gordura saturada e açúcar. O consumo regular desses alimentos está associado a um padrão de alimentação adequada do ponto de vista nutricional e a uma ingestão média diária de menor quantidade de energia. Os resultados da POF ainda apontaram que quase a metade dos brasileiros (40%) faz suas refeições fora do domicílio (IBGE, 2010).

Destaca-se o consumo do pescado como um importante alimento na composição de uma alimentação adequada e saudável. O consumo de pescados reduz o desenvolvimento de condições crônicas que debilitam a saúde com o avanço da idade, representando fonte de proteínas de alto valor nutritivo, com baixo teor de gorduras quando comparado com outras fontes de proteína animal e, ainda, é rico em ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa, essenciais para a promoção da saúde – devido ao seu papel no combate ao colesterol e demais doenças cardiovasculares decorrentes. Um dos desafios apontados pelo Minis-

tério da Pesca e Aquicultura é o aumento do consumo de pescados de 9,03/Kg/habitante/ano para 12 kg/habitante/ano, conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003).

Em 2008, uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase) investigou as repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiárias. A influência da renda na aquisição dos alimentos e as mudanças no padrão alimentar que repercutiram no perfil nutricional dessas famílias foram analisadas. Os resultados demonstraram que as famílias comprometiam mais da metade da renda com aquisição de alimentos. O percentual de consumo dos diferentes grupos de alimentos resultante da complementação de renda proporcionada pelo Programa Bolsa Família também foi analisado e observou-se um aumento substancialmente maior no consumo de alimentos de maior densidade calórica e menor valor nutritivo como açúcares, alimentos industrializados e gorduras (78%, 62% e 55% respectivamente) e de proteínas de origem animal, leite e derivados (61% e 68% respectivamente), quando comparado ao aumento no consumo de frutas e vegetais (55% e 40%, respectivamente) (IBASE, 2008).

Diante do cenário apresentado, o Estado, por intermédio de suas políticas públicas, tem o dever de fomentar mudanças socioambientais, em nível coletivo, para favorecer as práticas alimentares adequadas no nível individual, coletivo e/ou familiar. As recomendações que buscam a prevenção das doenças discutidas no âmbito deste documento se baseiam em padrões alimentares semelhantes àqueles utilizados tradicionalmente em muitas regiões do mundo que possuem uma cultura alimentar consolidada. As dietas devem ser ricas em grãos e raízes, preferencialmente na sua forma integral; variadas em frutas, hortaliças e leguminosas; devem incluir pequenas quantidades de carnes e laticínios, além de quantidade adequada de pescados. Por consequência são ricas em fibras alimentares, gorduras insaturadas, vitaminas e minerais, além de pouco proces-

sadas e pobres em gorduras saturadas e trans, açúcares e sal (BRASIL, 2009a).

É pressuposto da promoção da alimentação adequada e saudável ampliar e fomentar a autonomia decisória dos indivíduos e coletividades. Estratégias e ações baseadas nas políticas públicas devem favorecer o deslocamento do consumo de alimentos processados para um padrão mais adequado e saudável, respeitando a identidade cultural das populações e comunidades. Os hábitos alimentares se processam e se consolidam de maneira gradual. É necessário que as mudanças de hábitos inadequados sejam alcançadas no tempo adequado considerando os valores culturais, sociais e afetivos (BRASIL, 2009a).

Considera-se que o complexo quadro de morbimortalidade brasileiro em sua relação com a alimentação (marcado pela coexistência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, obesidade, anemia, carências de micronutrientes, fome e desnutrição) e a baixa frequência de atividade física, só podem ser enfrentados por ações que impactem de forma integrada todas essas dimensões do problema.

3

Princípios

3. Princípios

Os princípios que norteiam a Estratégia Intersectorial estão baseados na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), com vistas ao alcance do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). São eles:

I. **Universalidade, integralidade e equidade** no acesso à alimentação adequada e saudável, nos programas e ações afins, sem qualquer espécie de discriminação e na busca da redução das desigualdades, de forma a assegurar que as medidas adotadas não produzam e não aprofundem as iniquidades sociais;

II. Preservação da **autonomia** e respeito à dignidade das pessoas;

III. **Participação social** na formulação, execução, acompanhamento, monitoramento e controle das políticas e do documento;

IV. **Transparência** no uso e destino dos recursos públicos;

V. Dignidade da pessoa humana, princípio do qual ecoam as normas que disciplinam os direitos humanos;

VI. **Compromisso social**, considerado como as obrigações do Estado e as responsabilidades de diferentes atores sociais envolvidos no processo do documento (indivíduos, famílias, comunidades locais, organizações não governamentais, organizações da sociedade civil, bem como as do setor privado);

VII. **Sustentabilidade**, considerando que os sistemas de produção e distribuição de alimentos devem respeitar e promover a biodiversidade e fortalecer a agricultura familiar, a capacidade de produção dos povos indígenas e das comunidades tradicionais e assegurar o consumo e o acesso à alimentação adequada e saudável, respeitando a diversidade da cultura alimentar nacional de acordo com a LOSAN;

VIII. Ética na **relação entre o público e o privado**, que deve ser mediada a partir de princípios éticos e de não conflitos de interesse que podem surgir no que diz respeito aos objetivos do documento em questão.

4

Objetivos

4. Objetivos

Objetivo geral

Orientar e estimular, por meio de estratégias intersetoriais, ações para a prevenção e controle da obesidade na população brasileira, promovendo a alimentação adequada e saudável e a prática habitual de atividade física.

Objetivos específicos

- i. Melhorar o padrão de consumo de alimentos da população brasileira de forma a reverter o aumento do sobrepeso e da obesidade;
- ii. Revalorizar o consumo dos alimentos regionais, preparações tradicionais e promover o aumento da disponibilidade de alimentos adequados e saudáveis à população;
- iii. Desenvolver estratégias que promovam a substituição do consumo de alimentos processados, energeticamente densos e com altos teores de açúcares, gorduras e sódio para alimentos básicos, com destaque para grãos integrais, leguminosas, oleaginosas, frutas, hortaliças e pescados;
- iv. Promover a prática habitual de atividade física, especialmente em ambientes de trabalho, ambientes urbanos seguros e em escolas, atingindo todas as fases do curso da vida;

v. Monitorar os fatores socioambientais associados ao consumo alimentar e à prática habitual de atividade física na população brasileira;

vi. Organizar a linha de cuidado para atenção integral à saúde do indivíduo com excesso de peso; e.

vii. Promover espaços de convivência (praças, parques e jardins) e uso de meios de transporte coletivos de qualidade que visem hábitos e modos de vida sustentáveis.

5

Diretrizes Estratégicas

5. Diretrizes Estratégicas

A Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira será implementada considerando as seguintes diretrizes:

- i. A promoção da intersetorialidade e a articulação entre os Ministérios e setores da sociedade para viabilizar a implementação, o monitoramento deste documento e a convergência de programas e políticas governamentais e não governamentais envolvidos;
- ii. A adoção de evidências científicas que apoiem a definição de medidas relacionadas à promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física, contribuindo para a superação da insegurança alimentar e nutricional;
- iii. A construção de acordos e agendas comuns entre os órgãos governamentais, organizações não governamentais e o setor privado, respaldados em um código de conduta e ética que oriente o estabelecimento de parcerias;
- iv. Construção de compromissos interfederativos no sentido da descentralização das ações e da articulação entre as esferas de governo, com a valorização de iniciativas locais e regionais que apoiem ações voltadas à promoção da alimentação adequada e saudável e atentem para os problemas de saúde decorrentes da alimentação inadequada e da inatividade física;
- v. O fortalecimento da ampla participação da sociedade civil na construção de iniciativas locais, regionais e nacionais;

- vi. A articulação entre o orçamento e a gestão visando à garantia da sustentabilidade do presente documento;
- vii. O estímulo ao desenvolvimento de pesquisas e à capacitação continuada de recursos humanos;
- viii. O fortalecimento das ações de avaliação e monitoramento dos programas e ações relacionados;
- ix. A realização de campanhas nacionais e locais de mobilização popular e sensibilização da população sobre o tema.
- x. Articulação com a sociedade civil e outras esferas de poder para regular a promoção, disponibilidade e acesso de produtos não saudáveis.

6

Eixos de Ação

6. Eixos de Ação.

O documento visa orientar a reflexão do setor público quanto a um conjunto de medidas e intervenções relacionadas ao aumento da disponibilidade de alimentos adequados e saudáveis (grãos integrais, leguminosas, oleaginosas, frutas, hortaliças e pescados); informação, educação e orientação à população; mudanças no perfil nutricional de alimentos com altos teores de açúcares, gorduras e sódio; e medidas regulatórias que favoreçam a adoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis são notadamente efetivas na prevenção e controle da obesidade (na promoção de hábitos alimentares saudáveis).

Neste sentido, propõem-se seis eixos de ação, onde, para cada, são apontadas medidas e estratégias a serem aprimoradas e/ou implementadas, de forma que conjuntamente contribuam para a reflexão, e proposição de intervenções de forma a alcançar os objetivos propostos por este documento.

6.1. Disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis

- I. Acessibilidade física para apoiar as escolhas alimentares saudáveis;
- ii. Medidas econômicas e legislativas para a promoção do consumo saudável.

6.2. Ações de Educação, comunicação e informação

6.3. Promoção de modos de vidas saudáveis nos ambientes/ territórios

- I. Escolas;
- II. Ambiente de trabalho;
- III. Equipamentos públicos de alimentação e nutrição;
- IV. Rede socioassistencial;
- VI. Rede de Saúde.

6.4. Vigilância Alimentar e Nutricional e das práticas de atividade física da população

6.5. Atenção integral à saúde do indivíduo com excesso de peso (sobrepeso/obesidade)

6.6. Regulação e controle da qualidade e inocuidade dos alimentos

Descrição de cada eixo de atuação:

6.1. Disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis

As escolhas alimentares são muito determinadas pelo sistema alimentar vigente no País. Isto inclui um conjunto de processos relacionados à agricultura, pecuária, piscicultura, produção, processamento, distribuição, importação e exportação, marketing e publicidade, abastecimento, comercialização e preparação de alimentos e bebidas. Estes processos são profundamente influenciados pelas condições naturais, pela cultura, pela história, pelas políticas e pelas práticas econômicas e comerciais. O Estado tem um papel importante em apoiar e favorecer para que a população possa escolher e ter acesso a alimentos adequados e saudáveis, além de estimular a autonomia do sujeito para a decisão sobre o consumo. Portanto, a atuação do Estado deve favorecer a oferta de alimentos, respeitando as identidades culturais específicas de cada povo, inclusive povos e comunidades tradicionais (BRASIL, 2006).

As pesquisas vêm demonstrando um aumento expressivo do consumo de alimentos processados, em detrimento das refeições preparadas em casa, o que repercute de forma negativa na sociedade, na cultura, no meio-ambiente, na eco-

nomia e nos sistemas alimentares (formas de produção, distribuição, comercialização e consumo de alimentos), no enfraquecimento das culturas alimentares tradicionais, na perda da diversidade culinária e no declínio da convivência familiar, dentre outros efeitos (CLARO et al, 2007).

Este eixo do documento dialoga com questões centrais relacionadas ao sistema alimentar vigente do país, que é pautado em função das transformações técnicas, tecnológicas, econômicas e sociais.

Do ponto de vista da Segurança Alimentar e Nutricional e do DHAA, faz-se necessário apoiar a construção de um modelo baseado no fortalecimento da agricultura familiar, especialmente a agroecológica e regional, no desenvolvimento territorial sustentável e da reforma agrária e, na garantia do acesso à água de qualidade e em quantidade suficiente para o consumo humano, a produção, a higienização e a preparação de alimentos.

Segundo um estudo da FAO (2004), o Brasil está entre os dez países com maior desperdício de alimentos, apresentando perda média de 35% da produção agrícola. Se o país diminuir este percentual pode oferecer mais produtos para o mercado interno, com efeito na redução de preços. Do total desperdiçado, 10% ocorrem durante a colheita; 50% no manuseio e transporte dos alimentos; 30% nas centrais de abastecimento; e os últimos 10% ficam diluídos entre supermercados e consumidores. A deterioração pode ocorrer tanto do ponto de vista físico como da qualidade dos produtos, que muitas vezes saem do campo para a cidade e nem chegam a ser comercializados, porque se perdem no caminho, devido à infraestrutura deficitária na rede de armazenagem e no transporte da produção (CARVALHO, 2009).

À luz destas informações, optou-se por desenhar um eixo estratégico de atuação que viabilizasse formas mais adequadas de produção, abastecimento, distribuição e comercialização, com o objetivo de melhorar o acesso a alimentos básicos, cujo consumo deve ser incentivado (grãos integrais, oleaginosas, leguminosas, frutas, hortaliças e pescados, in natura ou minimamente processados), em detrimento dos alimentos altamente processados, energeticamente densos, ricos em açúcares, gorduras e sódio e pobre em micronutrientes.

i. Acessibilidade física para apoiar as escolhas alimentares saudáveis;

Para o alcance desta proposta é necessário o estímulo à oferta e ao consumo de alimentos adequados e saudáveis nos programas públicos de compra de alimentos, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) e Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), como na oferta de alimentos nas instituições públicas (SUS), forças armadas, escolas, hospitais, entidades socioassistenciais, penitenciárias, entre outros), nos restaurantes populares, além dos estabelecimentos privados (restaurantes, escolas, lanchonetes). Isso implica apoiar medidas voltadas ao abastecimento, para melhorar o acesso físico e financeiro destes alimentos à população, fortalecendo as relações entre os setores da produção, distribuição e comercialização de alimentos.

Políticas de incentivo à acessibilidade física no âmbito das comunidades, como criação de feiras de alimentos orgânicos, grupos de consumo responsável, hortas urbanas, medidas de apoio ao comércio varejista de hortifrutigranjeiros nos centros urbanos, além de medidas de regulação de preços e de mercados são incentivos à maior disponibilidade de alimentos saudáveis com melhores preços ao consumidor final promovendo assim o acesso a alimentos mais saudáveis.

Trata-se da remoção das barreiras de acesso físico e financeiro das comunidades e famílias aos alimentos tradicionais e minimamente processados e, da oferta adequada dos alimentos, especialmente os agroecológicos e regionais, nos programas públicos do País (compras institucionais).

ii. Medidas econômicas e legislativas para a promoção do consumo saudável.

A relação renda, preço e acesso aos alimentos vem sendo comprovada pela literatura mundial como um dos determinantes no processo de escolha dos alimentos pelas famílias (JOMORI et al, 2008). Um dos fatores limitantes do consumo frequente de frutas e hortaliças, por exemplo, é a questão do impacto do seu preço sobre o orçamento das famílias, principalmente as de menor renda. Observa-se nos últimos 30 anos o aumento duas vezes maior do preço de frutas e hortaliças em relação às bebidas carbonadas. Além disso, a redução de 50% no preço de frutas aumentaria em quatro vezes o percentual de compras (CLARO et al, 2007).

As políticas e ações que incidem sobre o preço dos alimentos têm sido consideradas estratégias importantes para combater a obesidade. O estabelecimento de incentivos financeiros ou subsídios comerciais e de taxaço de produtos são considerados medidas legítimas de proteção à saúde por parte dos governos, com um apoio crescente da população e que impacta positivamente a formação de hábitos alimentares saudáveis (OMS, 2004).

Assim como os preços influem nas decisões dos consumidores, as políticas podem influir nos preços mediante aplicação de impostos, concessão de subvenções, subsídios ou a fixação direta de preços. É preciso que o Estado adote uma política fiscal para promoção do consumo de alimentos saudáveis. No Brasil,

ainda é mais barato se alimentar de alimentos tradicionais, porém, há uma tendência de, no médio prazo, os alimentos ultra-processados tornarem-se mais baratos, agravando os problemas em tela. Todavia, devem ser adotadas medidas para que os necessários incentivos fiscais à alimentação saudável impactem de maneira sensível os preços ao consumidor final, contribuindo, assim, para viabilizar o acesso financeiro a alimentos saudáveis.

Nesse contexto, os custos associados a uma política de incentivos fiscais poderiam ser compensados pela sobretaxação de produtos agrotóxicos ou de alimentos ultra-processados e com alto teor de açúcar, gordura e sal.

Vários países utilizam medidas fiscais, incluindo os impostos, para facilitar a disponibilidade e a acessibilidade a diversos alimentos; alguns utilizam fundos públicos e subvenções para conseguir que as comunidades de menor renda possam acessar estabelecimentos recreativos e desportivos. Ao avaliar essas medidas é preciso examinar também a probabilidade de provocar efeitos em populações vulneráveis (OMS, 2004).

No Brasil, ainda não se observam políticas desta natureza, ou melhor, que tenham em seus pressupostos a relação com a segurança alimentar e nutricional e/ou com a saúde dos indivíduos, à exceção do tabaco. Propõe-se então iniciar um debate com os setores econômicos de forma a se construir uma política de preços que favoreça a mudança do padrão alimentar da população brasileira, deslocando o consumo de alimentos processados para alimentos básicos, como os grãos integrais, leguminosas, oleaginosas, frutas, hortaliças e pescados. Isso implica discutir o efeito e a potencialidade de taxaço de alimentos ricos em nutrientes, como açúcar, gordura e/ou sódio, com destaque para as bebidas carbonadas, as quais são consumidas em excesso e são fatores de risco para as

Doenças Crônicas Não Transmissíveis; além de subsídios fiscais para produtos cujo consumo deve ser incentivado, como os alimentos básicos citados acima e os da cesta básica, uma vez que o alto preço pode significar uma barreira ao consumo, principalmente para a população de baixa renda.

O estímulo à oferta e ao consumo de alimentos adequados é insuficiente para favorecer uma alimentação saudável e modificar efetivamente as práticas alimentares. Uma das fontes mais evidentes da promoção e ampliação de práticas alimentares não saudáveis, tanto em termos de conteúdo nutricional quanto de modos de comer, é a publicidade de alimentos ultraprocessados (Kelly et al. 2010).

Setores de interesse comercial que atuam com a finalidade de aumentar a demanda, compra e consumo de produtos buscam este objetivo por distintos meios de comunicação e persuasão: televisão, rádio, outdoors, cartazes, espaços virtuais (sítio web na internet, Facebook, Twitter), propaganda, posicionamento e amostras de produtos nos pontos de venda, associação de marca e produtos com brinquedos, personagens infantis e celebridades, e patrocínio de eventos técnico-científicos, filantrópicos, culturais e esportivos.

Depois do controle de preços a regulação da publicidade e outras práticas de marketing é a medida mais efetiva e custo-efetiva para reduzir a demanda por produtos não saudáveis. Para tanto, é importante avançar em medidas legislativas que restrinjam a publicidade de alimentos que não devem ter consumo incentivado, de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira, como aqueles com grandes quantidades de açúcar, sódio, gorduras ou calorias na proibição, bem como o uso de personagens infantis e celebridades nos rótulos ou embalagens desses produtos, e a associação de marca ou produtos com brinquedos, patrocínio de eventos técnico-científicos, filantrópicos, culturais e esportivos.

6.2. Ações de Educação, comunicação e informação

A articulação dos conceitos de educação, comunicação e informação, tomando como palco a discussão da alimentação e da nutrição como direito do cidadão, remete à perspectiva de compreensão da dimensão e do compromisso político da educação brasileira com o desenvolvimento humano. Essa concepção democrática da educação oportuniza às pessoas maior efetividade do ponto de vista cultural e de aprofundamento do espírito crítico e das vivências democráticas que permitem o exercício da autonomia e do autocuidado.

A educação voltada para a formação cidadã implica que o processo de desenvolvimento de novas aprendizagens seja vivenciado a partir de sistemas de valores próprios de cada cultura e da construção de conhecimentos capazes de acompanhar as transformações vivenciadas ou não por todo e qualquer grupamento humano. Nesse sentido, a diversidade cultural é a referência e o foco do processo educativo, sendo a dimensão da vida a base integradora das relações que mediam o conhecimento. A educação deve estar a serviço da vida.

Tal conhecimento, concebido aqui como um conjunto dinâmico de saberes e fazeres acumulados e socializados ao longo da história de cada pessoa resulta das informações percebidas sobre a realidade que o cerca, o que inclui fatos e memórias de seu processamento e das ações que obedecem às estratégias definidas pela vontade (D'AMBROSIO, 2010). Esse patrimônio histórico-cultural acumulado pertence a cada um e a todos os cidadãos. Dessa forma, o processo de comunicação desenvolve-se no encontro com a pluralidade. Por meio da comunicação é possível compartilhar informações

passíveis de gerarem novos conhecimentos e compatibilizar comportamentos saudáveis, respeitadas as lógicas e os valores culturais locais.

Dito isso, o desafio de discutir a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) emerge com a consistência desejável que há tempos essa temática requer para o espaço educativo. A EAN é considerada como uma das principais estratégias, mas também um dos maiores desafios, para a promoção da alimentação adequada e saudável.

O objetivo de promover hábitos alimentares saudáveis na sociedade contemporânea é acompanhado de um conjunto de desafios. A produção agrícola é negociada há anos em bolsas internacionais de mercadorias; a produção é dominada por grandes empresas que controlam o processo produtivo desde o plantio à prateleira e transformam alimentos naturais em produtos relativamente baratos com alta densidade energética; o cotidiano da maioria das pessoas dificulta a elaboração de suas refeições; as escolhas são feitas a partir de necessidades estimuladas por estratégias eficientes de marketing; a introdução de novos alimentos às crianças é feita de maneira inadequada e precoce; os padrões de beleza são rígidos e inalcançáveis para a maioria das pessoas e estimulam práticas extremas de emagrecimento e controle do peso. Estes são apenas exemplos e são apresentados para assinalar alguns dos aspectos que precisam ser considerados em propostas estratégicas de promoção da alimentação adequada e saudável e educação alimentar e nutricional.

A EAN é uma das principais estratégias para a promoção da alimentação adequada e saudável e pressupõe processos articulados e permanentes de problematização, reorganização de valores, atitudes e geração de autonomia, diferentemente das estratégias de informação e comunicação. Para organizar e

estruturar este tema, em novembro de 2012, foi lançado o Marco Referencial da Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas, o qual deverá apoiar a atuação de diversos atores no âmbito do espaço público. (Brasil, 2012).

Neste ponto é importante esclarecer que no contexto deste documento, a EAN é entendida como uma dimensão das habilidades pessoais, portanto, não deve ser tratada somente como um repasse de informações de fluxo unidirecional, mas como um processo amplo de desenvolvimento da pessoa, na busca de sua integração e harmonização, nas dimensões física, emocional e intelectual. Seu propósito deve ser a garantia de condições para que a população possa exercer sua autonomia decisória, assumindo papel fundamental para o exercício e fortalecimento da cidadania alimentar (PEZO, 2008).

As estratégias de EAN necessitam de metodologias de aprendizagem, que superem a mera transmissão vertical de informações técnicas, mas que concebam a alimentação como um patrimônio imaterial nacional, composto de uma gama de saberes oriundos das diversas culturas que formam a nação brasileira. Promover a alimentação adequada e saudável é não somente promover a saúde, mas a autoestima, autocuidado e a autonomia do indivíduo e, também, a valorização e o resgate das culturas alimentares como bem maior que atenda aos princípios de saúde, equidade, sustentabilidade e diversidade. Outros aspectos a serem destacados referem-se à fundamentalidade da abordagem participativa nos processos educativos, as estratégias e ações devem partir da realidade específica, reconhecida e analisada por quem vive nela, os problemas e as soluções não estão dados, mas precisam ser reconhecidos e problematizados por quem os vive.

A EAN pressupõe processos contínuos e articulados com as demais estratégias de forma a promover escolhas alimentares adequadas e saudáveis pela

população, tendo em vista que as escolhas alimentares devem ser pautadas não somente do ponto de vista biológico, uma vez que a saúde não é o único fator determinante das motivações para tais escolhas, mas do ponto de vista psicossocial, valorizando as particulares características culturais e regionais das coletividades.

O conjunto de ações propostas por este Eixo objetiva compartilhar conhecimentos e práticas que possam contribuir para a conquista de melhores condições de vida e de saúde da população. Inclui a provisão de informações, além de estratégias articuladas e contínuas de educação, mobilização da opinião pública e promoção de audiências críticas, devendo, necessariamente, estar coordenadas a medidas mais estruturantes que oportunizem as escolhas de alimentos saudáveis pela população.

O componente da informação, comunicação e educação confere ao documento a dinamicidade e objetividade exigidas no estabelecimento de diálogos com a população em geral, divulgando informações e desenvolvendo processos educacionais, em variados espaços e com diferentes grupos sociais. Assim, os diversos setores envolvidos neste eixo serão responsáveis por divulgarem informações adequadas e desenvolverem ações para promoção de estilos de vida saudáveis em diferentes ambientes sociais (de trabalho, de lazer, escolar, de convívio social, de prestação de serviços públicos), além da realização de ações que promovam a alimentação adequada e saudável como rotina pela população.

As ações do eixo estratégico de informação, comunicação e educação deverão ser desenvolvidas por todos os setores comprometidos com a temática. Estas ações podem compreender o desenvolvimento de material técnico e de formação continuada dos profissionais dos diferentes setores; o desenvolvimento de

materiais a serem veiculados por diferentes mídias e dirigidos à população como um todo e aos grupos populacionais específicos; o desenvolvimento de protocolos de planejamento de estratégias de educação alimentar e nutricional a serem implantadas em diferentes espaços sociais, além do incentivo à inserção do tema da alimentação saudável e saúde nos currículos e nos projetos pedagógicos das escolas, utilizando a EAN como ferramenta pedagógica nos locais de trabalho, nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), nos serviços de saúde entre outros.

Este eixo deverá expressar em sua implementação o resultado do diálogo qualificado entre o saber e a cultura popular e o saber técnico. Todo o processo de formação dos profissionais, o desenvolvimento de materiais técnicos e informativos e as ações finais deverão considerar que a alimentação das pessoas e grupos traduzem um conjunto de valores e hábitos multi e historicamente determinados. A cooperação das diferentes áreas de governo devem se somar às ações de parceria com setores da sociedade civil tanto no planejamento das ações como na própria implementação. As universidades devem participar das ações de formulação e formação de profissionais, entidades representativas poderão contribuir com campanhas de informação enquanto as entidades da sociedade civil poderão contribuir na implantação de iniciativas. A EAN precisa expandir sua abrangência e considerar todas as etapas do sistema alimentar – da produção ao consumo. Também precisam ser consideradas as diferentes formas e dinâmicas que as pessoas e famílias se alimentam atualmente, como compram e preparam suas refeições, onde se alimentam. Todos os setores da sociedade envolvidos nesta variedade de processos precisam estar comprometidos e estimulados a cooperarem na promoção da alimentação saudável.

Este cenário aponta para duas ações estratégicas. A primeira refere-se à implementação do “Marco de EAN para as Políticas Públicas” onde estão explicitadas

as referências conceituais, abordagens, escopo, responsabilidades e parcerias para a EAN. À segunda, à atualização dos Guias Alimentares (tanto para a população adulta quanto para as crianças menores de 2 anos), como documentos técnicos estratégicos orientadores das ações de saúde, bem como de todos os setores envolvidos no sistema alimentar. Os guias alimentares configuram-se como importantes instrumentos de educação alimentar e nutricional. Dada à centralidade e a abrangência destas ações é fundamental que elas ocorram em um processo amplo e participativo.

6.3. Promoção de modos de vida saudáveis nos ambientes/ territórios

O componente ambiente/território é o eixo do documento onde se recomenda mudanças estruturais, essencialmente nos espaços urbanos e institucionais, de forma a promover a mobilidade urbana e acesso a espaços públicos de lazer e promoção da alimentação adequada e saudável. Por esse eixo também se busca estimular a garantia de espaços que viabilizem ações de promoção à saúde que tornem as escolhas alimentares mais saudáveis e factíveis à população, com destaque aos espaços urbanos, ambiente de trabalho, ambiente escolar e do serviço de saúde. Ainda, deve trazer a reflexão dos gestores federal, estaduais e municipais quanto à modificação dos espaços, construindo ou revitalizando estruturas utilizadas de forma a promover modos de vida saudáveis.

Escolas

O ambiente escolar é um dos espaços de proteção social mais propício e prioritário para a promoção de hábitos de vida saudáveis. Constitui-se, para além do desenvolvimento cognitivo, em território de difusão de informações, socialização

do conhecimento e formação de valores pautados pela lógica da garantia dos Direitos Humanos. A escola deve tomar para si os temas de relevância social, dentre eles a alimentação saudável, e discuti-los junto à comunidade. Para tanto, é preciso superar o “otimismo ingênuo que tem na escola a chave das transformações sociais, a solução para todos os problemas; e o pessimismo igualmente acrítico e mecanicista de acordo com o qual a escola só pode algo depois das transformações infra-estruturais” (FREIRE, 1995, p.96).

O conceito de “território” pautado por políticas públicas voltadas para educação permite o compartilhamento e a corresponsabilidade de diversos atores sociais no sentido de dirimir as vulnerabilidades existentes, potencializando e fazendo convergir diferentes esforços em benefício do desenvolvimento integral dos educandos. É preciso reconhecer, no entanto, que nesse território se constitui uma arena de conflitos de diversos interesses, divergências e confrontos. Categorias opostas como bullying e tolerância relativa à imagem corporal, por exemplo, partilham o mesmo espaço.

Cabe aqui uma reflexão sobre a responsabilidade de cada um e de todos em relação ao mesmo território. Em que medida se desenvolvem ações que favoreçam não somente as escolhas alimentares e nutricionais saudáveis pelos educandos, mas também a afirmação de uma cultura de paz no espaço compartilhado.

Reconhecer o território escolar como um local privilegiado para a promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade contribui positivamente para mudança na qualidade de consumo alimentar e para ampliação da prática de atividade física dos educandos, como por exemplo: substituição da comercialização nas cantinas escolares de alimentos considerados não saudáveis por preparações mais saudáveis, a oferta de frutas e hortaliças na alimentação escolar e nas can-

tinhas comerciais, restrição à promoção comercial de alimentos com quantidades elevadas de açúcares, gorduras saturadas e trans e sódio (BROWN, KELLY, SUMMERBELL 2007; KATZ et al 2008; JAIME et al, 2009; GONZALEZ-SUAREZ et al 2009; PÉREZ-MORALES et al 2009). O ambiente escolar deve ainda prezar pelos hábitos alimentares tradicionais, como é o caso da comunidade indígena, por meio da elaboração e execução de cardápios que respeitem, concomitantemente, os preceitos de uma alimentação nutricionalmente equilibrada, em consonância com a cultura alimentar de cada etnia/comunidade em que a escola esteja inserida.

Pesquisadores brasileiros encontraram resultados positivos em ações de prevenção à obesidade desenvolvidas em escolas. Os resultados foram maiores e melhores nas ações realizadas em escolas de nível fundamental e médio, com maior duração, dirigidas a adolescentes e que utilizaram conteúdos simples e mensagens direcionadas não englobando muitos objetivos. As ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar devem ser articuladas com as de promoção da atividade física (SICHIERI & SOUZA, 2008).

No entanto, evidencia-se uma diminuição gradual nos níveis de atividade física conforme o aumento da idade, da infância para a adolescência. Crianças alcançam o auge de experimentação de movimentos e de prática de atividades físicas nesse período da vida. Essa realidade começa a mudar no início da adolescência, quando os níveis de atividade física diminuem. Diversas explicações contribuem para esse acontecimento, entre elas a entrada precoce de jovens no mercado de trabalho, uso de práticas de lazer sedentárias como televisão, vídeo games (jogos eletrônicos), internet, a mudança de interesses e formas de relacionar-se socialmente, a ausência de uma formação anterior que favoreça a atividade física no cotidiano e também o fato cultural de passar a considerar brincadeiras e aulas de educação física “coisas de criança”, além da falta de recursos e de infraestrutura para a prática de atividade

física nas escolas e nas cidades, que oportunizem a mobilidade urbana e o estímulo ao esporte. Políticas e ações dirigidas à mudança destas práticas são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida e da saúde (KEMPER, 1994).

Outras questões presentes no contexto de muitas crianças, adolescentes e jovens se configuram como barreiras para a adoção da prática adequada e suficiente de atividade física. Estão relacionadas à violência urbana, ao trabalho infantil e à depredação, inexistência ou evidente privatização das áreas de lazer das comunidades, que acaba por restringir aos clubes e demais espaços privados as oportunidades de práticas esportivas e recreativas, além da inexistência de espaços que promovam a atividade física nas escolas, em especial aquelas localizadas em regiões de maior vulnerabilidade social.

Segundo os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada em 2012, apenas 30,1% dos adolescentes atingem níveis mínimos de atividade física (300 minutos/semana). Quando estão fora da escola, especialmente os adolescentes, dedicam, cada vez mais, seu tempo a jogos eletrônicos e/ou a assistir a televisão. A pesquisa mostrou ainda, que em 2009 79,4% dos adolescentes ficam mais de duas horas assistindo TV, permanecendo o indicador inalterado em 2012 (78,6%), e apenas 38,6% das crianças relatam ter praticado as duas aulas semanais de educação física na escola- obrigatórias segundo as Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996). As ações propostas para este eixo procuram fortalecer e qualificar as iniciativas governamentais que atuam no ambiente escolar, além de ampliar o potencial agregador e de difusão de trocas/experiências positivas para os membros da comunidade.

Três programas se apresentam como estratégicos no enfrentamento do sobrepeso e da obesidade: Programa Saúde na Escola, Programa Mais Educação e o Programa Nacional de Alimentação Escolar.

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações de saúde aos estudantes da Rede Pública de Educação Básica de Ensino a partir da articulação com a rede de atenção básica, em especial as Equipes de Saúde da Família (ESF). O PSE contribui para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral dos educandos e proporciona à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulam saúde e educação para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Esta iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos escolares. Para que os municípios possam fazer parte do Programa, anualmente, o governo federal disponibiliza o período de adesão ao programa.

Os educadores, a ESF e o nutricionista responsável técnico da alimentação escolar, juntamente com o Conselho de Alimentação Escolar (CAE), podem planejar e desenvolver ações coletivas de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, com base na Portaria Interministerial nº 1010/2006, e direcionadas a professores, pais, alunos e toda a comunidade escolar. É importante priorizar as ações de educação alimentar e nutricional, a avaliação e monitoramento do estado de saúde e nutricional dos escolares, a adequação dos cardápios e das cozinhas escolares. Ou seja, o PSE tem o potencial de identificar os escolares com excesso de peso (ou risco nutricional) e referenciar para os serviços de saúde, contribuindo para a garantia do cuidado na Atenção Básica à Saúde, além de favorecer as ações de promoção à saúde (incluindo a promoção da cultura da paz) e prevenção do excesso de peso no ambiente escolar.

O Programa Mais Educação, instituído pela Portaria Interministerial n.º 17/2007, integra as ações do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) como uma estratégia do Governo Federal para induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular, na perspectiva da Educação Integral. Trata-se de uma ação intersetorial entre as políticas públicas educacionais e sociais, contribuindo, desse modo, tanto para a diminuição das desigualdades educacionais, quanto para a valorização da diversidade cultural brasileira. Por isso fomenta concomitantemente as ações empreendidas pelos Ministérios da Educação – MEC, da Cultura – MINC, do Esporte – ME, do Meio Ambiente – MMA, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, da Ciência e da Tecnologia – MCT e, também da Secretaria Nacional de Juventude e da Assessoria Especial da Presidência da República, essa última por meio do Programa Escolas-Irmãs, passando a contar com o apoio do Ministério da Defesa, na possibilidade de expansão dos fundamentos de educação pública.

Essa estratégia promove a ampliação de tempos, espaços, oportunidades educativas e o compartilhamento

da tarefa de educar entre os profissionais da educação e de outras áreas, as famílias e diferentes atores sociais, sob a coordenação da escola e dos professores. Isso porque a Educação Integral, associada ao processo de escolarização, pressupõe a aprendizagem conectada à vida e ao universo de interesse e de possibilidades das crianças, adolescentes e jovens.

As escolas das redes públicas de ensino estaduais, municipais e do Distrito Federal que fazem a adesão ao Programa Mais Educação, de acordo com o projeto educativo em curso, optam por desenvolver atividades nos macrocampos de acompanhamento pedagógico: educação ambiental; esporte e lazer; direitos humanos em educação; cultura e artes; cultura digital; promoção da saúde (incluindo ações de educação alimentar e nutricional, como por exemplo as hortas escolares pedagógicas); comunicação e uso de mídias; investigação no campo das ciências da natureza e educação econômica.

O governo federal proporciona aos estudantes a oferta de refeições no ambiente escolar, por meio do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE durante a permanência em sala de aula, em 200 (duzentos) dias letivos. O Programa atende atualmente 45 milhões de alunos da educação básica de escolas públicas, inclusive comunitárias, federais, filantrópicas e escolas localizadas em áreas remanescentes de quilombos e em áreas indígenas.

A Lei nº 11.947/2009 ampliou a universalidade do atendimento do PNAE para a toda a educação básica, fortaleceu o controle social, com a extensão do mandato dos membros do CAE de dois para quatro anos, determinou que no mínimo 30% dos recursos repassados aos estados, aos municípios e ao Distrito Federal fossem destinados à compra de gêneros da agricultura familiar ou de empreendedores familiares rurais e avançou na direção da promoção de práticas alimentares saudáveis nas escolas, por meio das ações educativas no ambiente escolar.

A Resolução CD/FNDE nº 26/2013 contribuiu para a oferta da alimentação adequada e saudável no ambiente escolar ao prever que os cardápios da alimentação escolar devem ser elaborados por nutricionistas habilitados, e atingir, no mínimo, 20% das necessidades nutricionais diárias para os alunos que permanecem na escola em período parcial, 30% para os alunos matriculados em escolas localizadas em comunidades indígenas e em áreas remanescentes de quilombos e 70% para os alunos que permanecem em período integral.

Além disso, prevê que os cardápios escolares deverão ser diferenciados por faixa etária e para os que necessitam de atenção específica (corroborado pela Lei nº 12.982/2014), e deverão conter alimentos variados, seguros e que respeitem a cultura, tradições e hábitos alimentares saudáveis, priorizando, sempre que possível, os alimentos orgânicos e/ou agroecológicos.

Ao elaborar os cardápios, o nutricionista deve observar a proibição expressa da oferta de bebidas de baixo valor nutricional, como refrigerantes e sucos artificiais, bebidas ou concentrados à base de xarope de guaraná ou groselha, chás prontos para consumo e outras bebidas similares, a restrição da aquisição de alimentos enlatados, embutidos, doces, alimentos compostos, preparações semiprontas ou prontas para o consumo, ou alimentos em pó ou desidratados para reconstituição com alta quantidade de gordura saturada e sódio, bem como a obrigatoriedade da oferta semanal mínima de 200g/semana de frutas e hortaliças.

A ampliação da oferta e dos mecanismos capazes de favorecer o estímulo à alimentação saudável e adequada nas escolas reforçou a necessidade de mudanças na concepção do Programa, imprimindo-lhe forte componente educativo. Para fins do PNAE, a Educação Alimentar e Nutricional é o conjunto de ações formativas, de práticas contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional, que tem por objetivo estimular a adoção voluntária de práticas e escolhas alimentares saudáveis que colaborem para a aprendizagem, o estado de saúde do escolar e a qualidade do indivíduo.

Assim, o eixo direcionador de ações educativas do PNAE deve ser redesenhado para além da garantia da oferta de alimentos, compondo estratégias para que a alimentação escolar torne-se uma ferramenta educativa e eficaz no processo de formação de hábitos alimentares saudáveis, de valorização dos alimentos produzidos regionalmente, além de reforçar a soberania alimentar e a sustentabilidade ambiental. Nessa perspectiva, a legislação atual do PNAE reforça que a alimentação escolar significa mais do que uma fonte de energia e nutrientes para a manutenção do metabolismo do estudante, constituindo-se uma política de alimentação escolar no Brasil baseada nos princípios do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional.

Dessa forma, evidencia-se a preocupação do PNAE em ofertar refeições com qualidade e em quantidade adequadas aos alunos, além de fortalecer o seu com-

ponente educativo, com destaque para a estratégia de formação dos atores envolvidos na execução do Programa e o monitoramento e avaliação desta execução. Estratégias que garantam a inserção da temática da alimentação saudável nos currículos escolares e nos projetos pedagógicos das escolas de todo o ensino básico é fundamental para garantir a promoção da alimentação saudável, visto que os hábitos alimentares se formam principalmente na infância e na adolescência.

Para apoiar as ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar em escolas particulares está disponível no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde o “Manual das cantinas saudáveis – promovendo a alimentação saudável”. Esse material possibilitará aos donos e donas de cantinas a transformarem seu local em um ambiente promotor da alimentação saudável. Além disso, os cantineiros podem fazer o curso de educação à distância para orientar essa transformação da cantina. O curso está disponível no site RedeNutri. Os materiais e links para o curso também podem ser encontrados na plataforma www.cantinasaudaveis.com.br desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Federal Nacional das Escolas Particulares com o intuito de fomentar a troca de experiências nessa área.

Ambientes de trabalho

Em geral, a população adulta permanece grande parte do seu tempo no ambiente de trabalho. Assim, os ambientes de trabalho devem ser convertidos em locais que favoreçam estilos de vida mais saudáveis, não apenas quanto à oferta de alimentos, mas também com a promoção de práticas alimentares saudáveis, corporais e atividades físicas.

A prática adequada e suficiente de atividade física é um importante fator de proteção à saúde que contribui para a prevenção de Doenças Crônicas Não Transmis-

síveis, principalmente as doenças cardiovasculares. Os efeitos positivos da prática regular de atividade física para a saúde vão muito além da prevenção de doenças, também promovem a integração social, ampliando ciclos de amizade; a manutenção do equilíbrio energético, a prevenção de sobrepeso/obesidade; o crescimento e desenvolvimento dos sistemas muscular, cardiovascular e respiratório; a melhoria da flexibilidade e força muscular; a redução da ansiedade e a melhora do humor.

O Brasil dispõe de um grande programa institucional voltado aos trabalhadores e que pode ser potencializado. O Programa de Alimentação do Trabalhador – PAT foi instituído pela Lei nº 6.321, de 14 de abril de 1976, e regulamentado pelo Decreto nº 5, de 14 de janeiro de 1991, que priorizam o atendimento aos trabalhadores de baixa renda. Esse Programa é estruturado na parceria entre Governo, empresa e trabalhador. Os recursos do PAT provêm dos trabalhadores (20%) e de empresas e governo (80%) e o acesso à alimentação é viabilizado por refeições servidas no local de trabalho ou pelo fornecimento de cupons e cestas básicas (BRASIL, 2001). Dados de 2007 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) indicam que 33,8% das empresas adotam o serviço próprio, 49,7% oferecem refeição/alimentação conveniados e 16,9% distribuem cestas básicas (BRASIL, 2007).

O PAT pode alcançar, além dos empregados da empresa beneficiária, os trabalhadores avulsos a seu serviço, bem como os contratados por intermédio da empresa de trabalho temporário, cessionária de mão-de-obra ou subempreiteira (Ordem de Serviço INSS/DAF nº 173/97). Da mesma forma, estende-se ao estagiário ou bolsista (Lei nº 6494/77). O Programa vem sofrendo alterações ao longo dos anos, tanto na sua sistemática interna de subsídios, quanto na abertura de um maior número de opções em relação ao atendimento às necessidades nutricionais da clientela. Isso também se deve às próprias transformações pelas quais vem passando a área de alimentação no Brasil, em relação às demandas da população e às mudanças da sociedade (SAVIO et al, 2005).

Em inúmeros restaurantes, as modalidades “self-service” ou comida “a quilo”, podem ser encontradas. Esses tipos de atendimento estão bastante disseminados tanto na área comercial quanto na industrial. Logo, a clientela passou a exercer autodeterminação na escolha e montagem da sua refeição, o que não lhe era permitido no esquema tradicional dos cardápios e no sistema de bandeja padrão. Tal possibilidade de escolha, no entanto, não é garantia da elaboração de um prato saudável, onde tanto o valor calórico quanto a existência dos vários nutrientes estejam adequados às necessidades individuais, e à manutenção de peso saudável (SAVIO et al, 2005).

Ainda que decorram mais de duas décadas de implantação do Programa, estudos avaliativos de âmbito nacional, conjugando acesso a benefícios sociais e situação nutricional de adultos, são escassos e carecem de atualização. Dentre os poucos estudos que existem sobre as políticas públicas relacionadas à alimentação dos trabalhadores, o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) vem sendo criticado quanto a sua inadequação, quando se observa o padrão de oferta das refeições e o estado nutricional da sua clientela (BURLANDY & ANJOS, 2001; VELOSO et al, 2007; SAVIO et al, 2005).

Em face de sua abrangência o PAT pode ser considerado peça chave na promoção de alimentação saudável entre a população trabalhadora. Além disso, as grandes empresas públicas podem ser exemplos na implementação de estratégias voltadas à adoção de hábitos mais saudáveis pelos seus trabalhadores (SARNO et al, 2008). A articulação das compras públicas de alimentos (mercado institucional de alimentos) na produção local da agricultura familiar e integrado a outras políticas de SAN interfere positivamente no sistema alimentar, produzindo circuitos curtos de produção, abastecimento e consumo, os quais asseguram não só a inclusão produtiva dos agricultores familiares, mas também alimentos mais saudáveis na mesa das famílias mais vulneráveis à fome, garantindo o direito humano à alimentação e gerando o desenvolvimento local.

O incentivo ao aleitamento materno no ambiente de trabalho é uma das estratégias do governo federal para que a promoção da alimentação saudável nos primeiros anos de vida seja continuada, bem como mantida a segurança alimentar e nutricional das crianças. A sala de apoio à amamentação são espaços dentro das instituições destinadas para que as mulheres, com conforto, privacidade e segurança, possam retirar o leite, armazená-lo em recipientes apropriados e esterilizados, e ofertá-lo ao seu filho. O Ministério da Saúde e a ANVISA elaboraram uma nota técnica conjunta com o passo a passo para a estruturação da sala (Nota Técnica conjunta nº 01/2010).

No âmbito do serviço público federal, no contexto das diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor, encontra-se em discussão, junto ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG, a necessidade de normatizar as ações de promoção da alimentação adequada e saudável nos ambientes de trabalho, com o intuito de contribuir para a saúde do servidor público federal, bem como a redução dos índices de absenteísmo decorrentes de agravos relacionados às DCNT e dos seus fatores de risco modificáveis.

Visando o controle do excesso de peso no ambiente de trabalho, incentivando a adoção de uma rotina de monitoramento do peso e estimulando desencadear uma série de autocuidado, como o estímulo a adoção de práticas alimentares saudáveis, prática regular de atividade física entre outras ações, o Ministério da Saúde disponibiliza no site do Departamento de Atenção Básica para órgãos públicos e instituições privadas o Programa Peso Saudável. Essa proposta de intervenção possibilita que os trabalhadores utilizem o software para realizar o monitoramento mensal, bem como a oferta de ações de promoção da saúde e alimentação saudável pelas instituições.

Equipamentos públicos de alimentação e nutrição

Os Equipamentos Públicos de Alimentação e Nutrição – EPAN (como os Bancos de Alimentos, as Cozinhas Comunitárias e os Restaurantes Populares) são espaços públicos destinados a distribuir alimentos e a ofertar alimentação de qualidade a preços acessíveis à população; além de promoverem uma alimentação adequada e saudável, bem como atuam na perspectiva da inclusão produtiva e da geração de renda.

Os Bancos de Alimentos atuam de três maneiras interligadas: fornecendo alimentos, combatendo o desperdício a partir da recepção de gêneros sem valor comercial, porém adequados para o consumo, e promovendo ações educativas e preventivas voltadas para as comunidades atendidas. As Cozinhas Comunitárias surgiram como uma experiência que segue a gestão compartilhada, participativa e solidária, promovendo a inclusão social dos setores mais vulneráveis da sociedade. A partir da contrapartida compartilhada entre os diferentes atores envolvidos (que podem ser o setor público, o setor privado e a comunidade) constituem-se espaços de convivência social para os envolvidos na sua gestão. Esse equipamento oferece inclusão no mercado de trabalho para profissionais que preparam alimentos a partir da capacitação de pessoas da comunidade, que também são responsáveis por elaborar as refeições ofertadas pela Cozinha.

Os Restaurantes Populares, além da atividade de produção e distribuição de refeições, realizam atividades de desenvolvimento social e geração de emprego e renda, caracterizando-se como uma estrutura multifuncional dentro da perspectiva da Segurança Alimentar e Nutricional. As ações voltadas para promoção da alimentação adequada e saudável e de hábitos de vida saudáveis devem ser realizadas também nesses espaços agregadores e com potencialidades diver-

sas, principalmente quando se considera que seu público prioritário são os setores mais vulnerabilizados da sociedade. No âmbito desse eixo estão previstas ações que superam a oferta de alimentação adequada e saudável, promovendo atividades de educação alimentar e nutricional.

Rede Socioassistencial

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável está relacionada, dentre outros fatores, aos modos de vida da população, diretamente relacionados a aspectos sociais, econômicos, de comportamento, cultura alimentar, além de educação e informação.

A rede de proteção social básica do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) trabalha com o conceito de matricialidade sociofamiliar, preconizado pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS), considerando essencial o trabalho social com as famílias. Nas ações de prevenção e controle da obesidade essa estrutura pode apoiar processos que possibilitem à população informação, orientação e encaminhamentos a outras instâncias das políticas sociais que possam promover ações para o alcance de hábitos alimentares mais saudáveis e da segurança alimentar e nutricional. Isso, sem dúvida, coloca esta rede como parceira na reversão dos desfechos da insegurança alimentar e nutricional, quais sejam a desnutrição e a obesidade, e ressalta o caráter protetivo, proativo e preventivo dos serviços da proteção social básica.

A Proteção Social Básica visa prevenir situações de risco e vulnerabilidades, investindo no desenvolvimento de potencialidades, no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e oferecendo a possibilidade de aquisições coletivas e individuais. Tem como referência as condições de vulnerabilidade social decorrentes da situação de pobreza, privação e fragilização dos vínculos afetivos, em

territórios e constitui um dos níveis de proteção do Sistema Único da Assistência Social – SUAS (BRASIL, 2009).

Os serviços da proteção social básica são ofertados nos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS e estão localizados em áreas de vulnerabilidade social, abrangendo um total de até 1.000 famílias/ano. É a porta de entrada para o SUAS, que tem por fim organizar e coordenar a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social. Visa o enfrentamento da pobreza por meio da garantia das necessidades básicas dos indivíduos e famílias. Destaca-se que a função de gestão territorial da Proteção Social Básica é competência do CRAS por meio da articulação da rede socioassistencial de proteção social básica referenciada ao CRAS, da promoção da articulação intersetorial e da busca ativa no território do CRAS (BRASIL, 2009).

Os Serviços ofertados pela Proteção Social Básica, conforme Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS nº 109, 2009),

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF);
- b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

Muitas situações de vulnerabilidades são identificadas pela equipe técnica da assistência social e entre elas, situações de insegurança alimentar e nutricional, se relacionam principalmente a fatores socioeconômicos. Grande parte do público atendido nesses equipamentos públicos caracteriza-se como de baixa escolaridade vivenciando situações de subemprego e desemprego, além do fato de que para grande parte das famílias que frequentam os CRAS a transferência de renda

é um elemento de grande peso na composição do orçamento para a aquisição de alimentos. Portanto, identificar as famílias que vivenciam essa situação é uma tarefa grande e que por isso exige grande capilaridade dessa rede de equipamentos. Outrossim, é importante que os CRAS promovam ações articuladas com outras áreas da proteção social, a exemplo da saúde, de maneira a dar o devido encaminhamento às famílias que estão em situações de insegurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2009).

Para essas ações é importante um diálogo entre as políticas públicas das três esferas de atuação da Política Nacional de Assistência Social, de forma a fortalecer as ações intersetoriais nos territórios com CRAS, potencializando a rede de proteção social para uma atuação mais concreta voltada às questões relacionadas à insegurança alimentar e nutricional. No âmbito desta rede podem ser organizadas ações de promoção da alimentação saudável e de modos de vida saudáveis direcionadas às famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI); articulação com o Programa Saúde na Escola; definição de protocolos de educação alimentar e nutricional para os CRAS; articulação com os serviços de saúde para casos de família em risco nutricional, além de outros.

Dessa forma, propõe-se a realização de ações de EAN nos serviços socioassistenciais, principalmente nos serviços da proteção básica (CRAS) incluindo o desenvolvimento dos materiais de apoio e a realização de ações de EAN nas entidades que apoiam os serviços socioassistenciais, com destaque para as creches e instituições que atendem crianças, priorizando as famílias do Programa Bolsa-Família. Também se coloca como medida a capacitação dos profissionais, inclusão de indicadores de monitoramento das ações de EAN no Censo SUAS e a inclusão de informações sobre SAN no prontuário das famílias assistidas no

CRAS, assim como incentivar a construção e manutenção de espaços poliesportivos nas proximidades dos CRAS.

Redes de Atenção à Saúde

O setor saúde tem um importante papel no apoio à adoção de modos de vida saudáveis, com a promoção da alimentação saudável e atividade física/ práticas corporais. Atualmente, a Saúde organiza-se dentro da lógica de Rede de Atenção à Saúde (RAS). Segundo a Portaria GM/MS n.º 4279 de 30/12/2010, a RAS, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade de cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica”.

Frente aos seus objetivos, a RAS tem a Atenção Básica como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, bem como o ponto central de comunicação e no estabelecimento de relações horizontais, entre os diferentes pontos de atenção. Os diversos pontos de atenção à saúde, existentes nos territórios, são espaços potenciais de promoção à saúde, sendo primordial a articulação intra-pontos e intersectorial para o sucesso das ações de promoção da saúde. Deste modo, é importante ressaltar que a promoção à saúde é uma ação que envolve, além do setor saúde, os demais setores de governo, que podem e devem ser articulados para a garantia de um padrão adequado de saúde e de qualidade de vida.

Para prevenção e controle da obesidade, ressalta-se a importância de fatores que atuam diretamente no estilo de vida dos indivíduos, com ênfase na alimentação saudável e prática regular de atividade física. Todos os pontos de atenção à saúde possuem responsabilidades com a promoção da saúde, de acordo com a sua densidade tecnológica. O desafio das RAS é a garantia do acesso universal às ações de promoção à saúde.

O nível federal instrumentaliza os estados e municípios, mas são os profissionais de saúde da Atenção Básica que atuam no território e possuem papel primordial na promoção da saúde (alimentação saudável e atividade física), uma vez que os territórios apresentam necessidades específicas. Os profissionais inseridos nas comunidades identificam as necessidades, considerando os determinantes e condicionantes sociais da saúde, o que permite desenvolver ações que promovam o empoderamento de indivíduos, famílias e comunidades, permitindo que a população faça escolhas saudáveis que reflitam sobre sua própria saúde e, dessa forma, estimulem a autonomia, a co-responsabilização, a participação popular e o controle social na gestão das políticas públicas.

As ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) devem levar em consideração as diferenças por fase do curso da vida, respeitando a diversidade cultural, étnica e racial. A formação de hábitos saudáveis inicia-se na infância, com o estímulo ao aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar, em tempo oportuno e de qualidade, e devem perdurar por toda a vida.

Para a formação de hábitos alimentares saudáveis é importante que as ações sejam desenvolvidas desde a primeira infância. Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) apenas 14% das crianças brasileiras são amamentadas exclusivamente até o 6º mês de idade. Além da baixa

adesão ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses, como preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a introdução de alimentos também é realizada de forma precoce. Aproximadamente metade das crianças já consumia outro leite que não o materno, mais de um terço já consumiam sucos e um quarto dessas crianças consumiam comida salgada antes do 6º mês de vida. Tendo como base esse cenário, uma ação é, atualmente, articulada pelo Ministério da Saúde na Atenção Básica: A Estratégia Nacional para a promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar no âmbito da Atenção Básica – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil -. O desafio da estratégia é alcançar cada uma das mais de 40 mil Unidades Básicas de Saúde – UBS. Dessa maneira, propõe-se no âmbito deste documento a implantação da referida estratégia a qual objetiva a qualificação das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável no âmbito da Atenção Básica.

Guias Alimentares representam as diretrizes oficiais para a promoção da alimentação saudável, sendo considerados guias de saúde pública e instrumentos para a Educação Alimentar e Nutricional. O Guia Alimentar para a População Brasileira, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2006, sistematiza os conhecimentos científicos sobre a relação entre a alimentação, a saúde e os modos de viver, bem como destaca as evidências epidemiológicas nacionais com relação ao padrão alimentar e ao perfil nutricional da população brasileira. Uma das recomendações da Organização Mundial de Saúde, é a revisão do Guia Alimentar para a População Brasileira para a adequação de suas diretrizes com vistas às recomendações mais atuais de uma dieta saudável, com fins a facilitar a aprendizagem e compreensão popular. Assim, o MS revisou as recomendações do guia alimentar e se propôs a resgatar o consumo de alimentos naturais ou minimamente processados como base da alimentação da população, convertendo-os em preparações culinárias, e reduzir o consumo de alimentos processados e ultraprocessados .

Com o objetivo de operacionalizar tal estratégia, ressalta-se a importância de realizar as oficinas estaduais para a implementação dos Guias Alimentares na Atenção Básica e capacitar os profissionais da Atenção Básica à saúde para a promoção de atividades de orientação alimentar e nutricional que valorizem os alimentos regionais e os aspectos culturais da alimentação dos brasileiros, com base nas diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira.

Outro espaço na RAS para a promoção de modos de vida saudável é o Programa Academia da Saúde. O Programa prevê a habitação de cerca de 4000 academias em quatro anos. Orienta-se que seu espaço físico proporcione, além da prática adequada e suficiente de atividade física para toda a população, atividades de promoção de modos de vida saudáveis com oferecimento de ações de promoção da alimentação saudável, práticas de integrativas e complementares, práticas artísticas e culturais, educação em saúde, mobilização da comunidade e outros temas relacionados à promoção da saúde de toda a comunidade. Para tanto, é necessário garantir seu financiamento, a formação dos recursos humanos e a incorporação das práticas. Os documentos legais que subsidiam a implantação do programa são as Portarias GM/MS nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 que redefine o programa e a nº 2.684 de 8 de novembro de 2013 que redefine as regras de investimento, custeio e similaridade no site do programa.

6.4. Vigilância Alimentar e Nutricional e das práticas de atividade física da população

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) compreende o monitoramento das condições de alimentação e nutrição de determinada população. No âmbito deste documento, deve ser entendida como um conjunto de orientações e interpretações que viabilizem desde a identificação de casos de indivíduos com

obesidade e sobrepeso nos serviços de saúde, até a realização de inquéritos populacionais periódicos, com vistas a conhecer o perfil de nutrição e saúde de toda a população.

Uma combinação de estratégias que englobem a investigação do estado nutricional, das morbidades associadas, das carências nutricionais, e também a avaliação do consumo alimentar, é necessária para a efetivação da VAN. Assim, recomenda-se o monitoramento de práticas alimentares em todas as fases do ciclo da vida, como o aleitamento materno, a introdução de novos alimentos, o consumo de macronutrientes e de energia, incluindo dados tanto de ingestão alimentar como de despesas familiares, a qualidade da alimentação quanto ao consumo de frutas e hortaliças, gorduras (trans e saturadas), sódio, açúcares livres e nível de atividade física.

A VAN é realizada a partir da mensuração direta de medidas de peso e estatura, o que permite a classificação de indivíduos e grupos segundo o seu estado nutricional. Além disso, outro instrumento importante são os inquéritos nacionais que contemplam o estudo das condições socioeconômicas e sanitárias, de alimentação, de saúde e de localização geográfica, permitindo identificar condições de vulnerabilidade social e nutricional da população brasileira. No Brasil, a vigilância desses fatores é realizada por meio de sistemas de vigilância, pesquisas e inquéritos, conforme descrito abaixo:

- Chamada Nutricional: Corresponde a uma estratégia de inquérito nutricional ao permitir a coleta de informações de crianças menores de cinco anos durante um momento de grande mobilização da população, as Campanhas Nacionais de Imunização, objetivando, essencialmente, a identificação de desvios nutricionais de crianças em amostras representativas da população.

- PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: Estima a prevalência dos principais fatores de risco e de proteção à saúde dos adolescentes do 9º ano (8º série) do ensino fundamental, nas 26 capitais de estados brasileiros, e no Distrito Federal, nas redes pública e privada de ensino no país. É realizada a cada três anos, sendo que a primeira foi em 2009. Tem como objetivo conhecer os fatores de risco e de proteção à saúde dos escolares, além de identificar questões prioritárias para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde.
- PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: As PNDS realizadas no país datam de 1996 e 2006 e integram o Programa Internacional de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS). A PNDS 2006 caracteriza-se pela identificação de crianças menores de 5 anos e mulheres em idade fértil (15 a 49 anos). Este inquérito contempla dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança, avaliando-se fatores demográficos; socioeconômicos e culturais; padrões de conjugalidade; parentalidade; reprodução; perfis de morbidade e mortalidade na infância, amamentação; cobertura vacinal; estado nutricional; prevalência de hipovitaminose A e anemia; segurança alimentar e nutricional; teor de iodo disponível no domicílio, e acesso aos serviços de saúde e a medicamentos.
- POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares: As POF têm o objetivo de disponibilizar informações sobre a composição orçamentária doméstica e sobre as condições de vida da população, incluindo a percepção subjetiva da qualidade de vida, bem como gerar bases de dados e estudos sobre o perfil nutricional da população.

- PNS: A Pesquisa Nacional de Saúde aconteceu em 2013 em todo o país e constituiu-se em parceria do Ministério da Saúde com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram obtidas informações sobre estado nutricional (peso e altura aferidos), marcadores de alimentação saudável e não saudável, prática de atividade física, tabagismo, doenças, violências e acidentes, utilização dos serviços de saúde, dentre outros.

- SISVAN: O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN abrange avaliação da situação de saúde e nutrição, segundo inquéritos populacionais, chamadas nutricionais, fomento e acesso à produção científica e indicadores de saúde e nutrição e sistema informatizado. O SISVAN Web, como também é denominado o sistema informatizado, é caracterizado pela alimentação de informações sobre consumo alimentar e antropometria, com objetivo principal de promover informação contínua sobre a situação alimentar e nutricional da população monitorada pelos usuários da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, especialmente os beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF). Para a população indígena, o acompanhamento do estado nutricional é realizado pelo SISVAN Indígena, sendo importante incorporar e analisar os dados relacionados à questão raça/etnia nas análises do SISVAN. A atenção básica possui um sistema de informação integrado, denominado Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) que permitirá a inserção dos dados referentes ao consumo alimentar e antropometria e integração com SISVAN para a geração de relatórios. Para fazer parte do sistema integrado os municípios precisam implantar o E-SUS. Para maiores informações consultar o site do Departamento de Atenção Básica/MS.

- VIGITEL: O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (DCNT) por Inquérito Telefônico (VIGITEL) é realizado anualmen-

te, desde 2006, nas 26 capitais do Brasil e no Distrito Federal. Ele visa estimar a frequência de fatores de risco e proteção para DCNT agrupadas por temas que envolvem: hábito de fumar; excesso de peso e obesidade; padrões de alimentação; padrões de atividade física; consumo de bebidas alcoólicas; auto avaliação do estado de saúde; prevenção de câncer e morbidade referida. No VIGITEL é possível obter informações sobre o estado nutricional de adultos (≥ 18 anos de idade) por meio de informações de peso e altura auto referidos, dados utilizados para calcular o IMC. O VIGITEL é importante também para o monitoramento e acompanhamento das tendências populacionais de atividade física no país, importante fator associado ao excesso de peso.

Nos serviços de saúde, para a identificação dos usuários com excesso de peso, todas as Unidades Básicas de Saúde – UBS devem estar instrumentalizadas com equipamentos adequados, calibrados e em bom estado de funcionamento, além de possuir técnicos capacitados para mensurar peso e estatura nas diferentes fases do ciclo da vida. O peso é um indicador do estado de saúde do indivíduo e deverá ser uma atividade de rotina nas UBS. Para estruturar a vigilância alimentar e nutricional nas unidades de saúde com equipamentos antropométricos o MS disponibiliza incentivo financeiro para as unidades básicas de saúde com equipes que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). e para os polos do Programa academia da Saúde.

Considerando os pontos apresentados acima, as orientações deste documento devem fomentar e garantir, no âmbito da VAN, a sua organização no serviço de saúde e nas outras redes institucionais, ademais a realização dos inquéritos populacionais com regularidade além de linhas de pesquisa, com financiamento público, que tratem do estado nutricional, consumo alimentar e atividade física. Atualmente há dados disponíveis em inquéritos correntes:

- Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF, com o módulo de estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos, a cada 5 anos, e módulo de consumo de alimentos, a cada 10 anos;
- Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde – PNDS, a cada 10 anos;
- Pesquisa Nacional de Saúde, com medidas antropométricas e avaliação de fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT, a ser realizada em 2013;
- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel, realizado anualmente;
- Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE, realizada a cada 3 anos;
- Inquérito Nutricional com populações específicas (Quilombola e Semiárido), realizado com periodicidade indefinida.

Para a avaliação das práticas de atividade física, preconiza-se a identificação de atividade física no tempo livre, no deslocamento, na ocupação e no ambiente doméstico. O Brasil iniciou esse monitoramento em 2006, por meio do VIGITEL, em 2008, pelo suplemento de saúde da PNAD e, em 2009, pela PeNSE, caracterizando um conjunto de inquéritos para o monitoramento e o acompanhamento das tendências populacionais de atividade física no país.

De modo geral, ressalta-se a importância de inquéritos/pesquisas que monitorem os principais programas e políticas públicas afetas ao tema, como por exemplo: inquéritos no ambiente escolar, que avaliem a alimentação escolar (qualida-

de, quantidade e aceitabilidade) e o Programa de Alimentação do Trabalhador, além de pesquisas junto aos povos e comunidades tradicionais, respeitando suas especificidades étnica, cultural e social.

Assim, ressaltam-se as seguintes ações:

- Realização de inquéritos e pesquisas nacionais que acompanhem os indicadores de monitoramento da Estratégia da Obesidade;
- Realização da Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares – POF, com o módulo de estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos a cada cinco anos e módulo de consumo de alimentos a cada 10 anos;
- Realização da Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde - PNDS, a cada 10 anos;
- Realização da Pesquisa Nacional de Saúde, com medidas antropométricas e avaliação de fatores de risco Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em 2013;
- Realização da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel anualmente;
- Fortalecimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) no monitoramento do estado alimentar e nutricional no âmbito da Atenção Básica à Saúde, com capacitação e educação continuada sobre VAN para profissionais da Atenção básica e através de EAD;
- Organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no serviço de saúde e nas outras redes institucionais;
- Revisão dos marcadores de consumo alimentar do Sisvan WEB em função das novas evidências de consumo (POF);
- Participação do processo de implementação do sistema de monitoramento de SAN, o qual apoiará o monitoramento e avaliação da Estratégia da Obesidade;

- Realização da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), a cada 03 anos;
- Fomento a pesquisa e o conhecimento sobre a multideterminação da obesidade, valorizando os diferentes entendimentos, valores, abordagens do problema, bem como as consequências que vão além dos aspectos biológicos tanto para as pessoas como para a sociedade.

6.5. Atenção integral à saúde do indivíduo com excesso de peso (sobrepeso e obesidade)

A atenção integral à saúde do indivíduo com excesso de peso, no Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser realizada a partir dos princípios e diretrizes desse sistema (universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde). Deve prover um conjunto de cuidados que contemplem ações de promoção e proteção da saúde, assim como a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da obesidade e outros agravos à saúde associados a ela, organizados e ofertados de forma conjunta pelas três esferas de gestão. As ações neste sentido devem contemplar indivíduos, famílias e comunidades e devem considerar: as especificidades das diferentes fases do curso da vida, de gênero e dos diferentes grupos populacionais, povos e comunidades tradicionais.

É importante reforçar que os determinantes e a causalidade da obesidade estão relacionados a fatores ambientais, biológicos, comportamentais, genéticos e modos de vida. A organização de ações integradas e interdisciplinares se justifica como prática efetiva no tratamento da obesidade diante da compreensão que modificações nos hábitos de vida não devem advir de um processo de normatização e muito menos de culpabilização do indivíduo, ou da família e da mãe. Entende-se que as mudanças não se restringem apenas

ao consumo de alimentos e à prática de atividade física, mas têm influência sobre toda a constelação de significados ligados ao comer, ao corpo e ao viver (BUENO et. al, 2012).

Nesse contexto, o SUS possui marcos legais que subsidiam a organização da atenção integral à saúde do indivíduo com excesso de peso/obesidade: 1. Política Nacional de Promoção da Saúde, que tem o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes como: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais bem como o fortalecimento do sistema de saúde (BRASIL, 2006); 2. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2011); 3. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que define os princípios gerais da Atenção Básica no Brasil, responsabilidades de cada esfera de gestão (União, Estados e Municípios), infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho dos profissionais e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2011); 4. Portaria GM/MS nº 424, de 19 de março de 2013 que redefine as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. A linha de cuidado (LC) estabelece um pacto entre os diversos atores dos pontos de atenção da RAS, estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência para assistir o usuário com excesso de peso e obesidade no SUS. As linhas de cuidado definem a organização dos serviços e as ações que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível

primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, e podem utilizar de vários tipos de estratificação (clínica, de risco, entre outras) para definir estas ações.

A Atenção Básica deve ser a ordenadora deste conjunto de cuidados devido a sua capilaridade e maior potencial para diagnosticar as necessidades de saúde da população, ordenando a organização de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados. Essa rede deve incluir outros pontos de atenção à saúde do SUS, como serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico e ambulatórios especializados e hospitais de referência, assim como equipamentos sociais e de saúde dos territórios sobre responsabilidade das equipes de Atenção Básica que possam contribuir por meio da intersetorialidade com o cuidado integral em saúde (escolas, centros comunitários, igrejas, CRAS e entre outros). Neste sentido, a publicação do Caderno de Atenção Básica - Obesidade é de fundamental importância para orientar os profissionais de saúde a organizar os passos para a implementação da linha de cuidado na rede de saúde..

A promoção e proteção da saúde incluem ações já definidas em outras estratégias e que devem contar com a participação do setor saúde para sua realização: promoção de modos de vidas saudáveis nos ambientes/territórios; regulação e controle da qualidade e inocuidade dos alimentos; educação, comunicação e informação; disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis.

O diagnóstico e monitoramento do excesso de peso e de hábitos de vida não saudáveis são o ponto inicial para organização da linha de cuidado na rede de atenção à saúde. Este deve ser realizado de forma contínua nos serviços de saúde, em especial no âmbito da Atenção Básica, por meio da avaliação antropométrica e de marcadores de consumo alimentar preconizados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Para tanto propõe-se como medida a

implantação e expansão da cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) em 5% ao ano, com a busca ativa dos pacientes com obesidade. Ressalta-se ainda, que o diagnóstico e monitoramento podem ser realizados em outros ambientes institucionais, como nas escolas, através do Programa Saúde na Escola, CRAS, polo de Academia da Saúde entre outros, utilizando as ferramentas do SISVAN.

O monitoramento constante do peso é uma ação que deve ser priorizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), compreendendo que em alguns momentos do curso da vida essa atividade ganha maior importância, como no estágio do estirão entre adolescentes e na gravidez e pós-parto de mulheres. Estudos apontam para o ganho de peso excessivo na gravidez fazendo um alerta para a retenção desse peso após o parto. Duas ações se mostram necessárias: o estabelecimento de consultas de 3, 6 e 9 meses, pós-parto (para retorno ao peso adequado), e implementação do cartão de acompanhamento do peso, IMC e circunferência da cintura em todas as idades, principalmente entre os adultos, como uma medida efetiva do acompanhamento da saúde.

O momento de cumprimento das condicionalidades de saúde das mulheres em idade fértil e das crianças das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família é uma oportunidade de avaliar o estado nutricional dessa população, com vistas à identificação de famílias que possuam entre seus membros pessoas com excesso ou baixo peso e garantir o acesso adequado ao tratamento desses indivíduos, além de ações de promoção e proteção da saúde.

As condutas terapêuticas nos casos de excesso de peso devem incluir o estabelecimento de um plano de ação para mudança de comportamento com foco na promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física. De

acordo com o grau de obesidade e co-morbidades presentes, história clínica e resposta obtida nas condutas terapêuticas adotadas inicialmente, pode ser necessária a inclusão de suporte psicoterápico, tratamento medicamentoso e/ou cirúrgico. As Práticas Integrativas e Complementares também devem ser consideradas condutas terapêuticas possíveis no cuidado aos indivíduos com excesso de peso, como a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia e Plantas Medicinais e fitoterapia.

Tendo em vista o mencionado acima, coloca-se como estratégia o cuidado integral ao indivíduo com excesso de peso na rede de atenção a saúde, desde os serviços de Atenção Básica até os pontos de atenção de maior densidade tecnológica (serviços de média e alta complexidade), a definição de diretrizes clínicas e organização da linha de cuidado para o tratamento da obesidade na rede de atenção a saúde do SUS.

Concomitantemente, a publicação da portaria que redefine a organização do cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, no âmbito hospitalar, foi publicada a Portaria GM/MS nº 435 de 19 de março de 2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, onde a cirurgia bariátrica é custeada pelo Ministério da Saúde.

O tratamento cirúrgico da obesidade se configura como uma das ações entre as demais que compõem o cuidado dos indivíduos com sobrepeso e obesidade. Para oferecer a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade o gestor local deve, obrigatoriamente, organizar e implantar em sua região a Linha de Cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade.

O atual desafio do SUS para a oferta do cuidado integral dos indivíduos com excesso de peso (sobrepeso/obesidade) está em organizar uma linha de cuidado que operacionalize o proposto, articulando diversos setores dos Estados e Municípios, bem como os gestores dos estados, Distrito Federal e municípios. Neste desafio também se inclui a disponibilização de profissionais de saúde para compor a equipe multiprofissional do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, qualificação dos trabalhadores de saúde para que desenvolvam uma postura acolhedora e capacidade resolutiva, considerando a complexidade e subjetividade do comportamento de saúde e assim atuar em uma perspectiva humanizada do cuidado. Além disso, é necessária a regularização e o controle sobre medicamentos utilizados no controle da obesidade.

No que tange à qualificação dos trabalhadores, são colocadas algumas medidas: oferta de curso de educação continuada para profissionais de saúde para o manejo da Obesidade, realização de pesquisas que avaliem a efetividade de intervenções para o tratamento da obesidade no âmbito da Atenção Básica, fomento a grupos de pesquisa e Centros de Referência no cuidado integral aos indivíduos com obesidade no país.

6.6. Regulação e controle da qualidade e inocuidade de alimentos

Além de garantir acesso a alimentos básicos e minimamente processados é necessário que esses alimentos estejam em condições ideais de consumo com vistas à qualidade sanitária e à inocuidade. Com relação aos alimentos altamente processados, em geral de alta densidade energética (ricos em gorduras, carboidratos simples ou amido), existe uma clara necessidade de melhoria da qualidade nutricional, cujo enfoque deve ser dado à redução dos teores de sódio, gorduras saturadas e trans e açúcares. Essa ação é evidenciada como elemento

chave para prevenção e controle do aumento crescente do sobrepeso e obesidade, uma vez que os alimentos altamente processados promovem ganho de peso, além de serem pobres em micronutrientes.

Os açúcares livres contribuem para o aumento da densidade energética da dieta e o controle de seu consumo é importante para o balanço energético total. Entre os alimentos que mais contribuem para o consumo de açúcar estão as bebidas açucaradas, como refrigerantes, sucos com adição de açúcar, refrescos e outras bebidas. Essas bebidas aportam uma grande quantidade de calorias e seu consumo frequente é associado ao ganho de peso (BRASIL, 2004). O consumo elevado de gorduras saturadas está diretamente relacionado com dislipidemias, obesidade e Doenças Crônicas Não Transmissíveis, principalmente em decorrência do seu conteúdo energético e da sua ação hipercolesterolêmica no aumento dos níveis de LDL-c (lipoproteína de baixa densidade) e na diminuição dos níveis de HDL-c (lipoproteína de alta densidade) (WHO, 2003). A criação de ambientes favoráveis à saúde e à alimentação adequada e saudável requer iniciativas articuladas por parte do Estado, garantindo à população escolhas saudáveis.

Considerando que a sua saúde é fundamental, o consumidor brasileiro está cada vez mais interessado em conhecer a maneira pela qual o alimento foi produzido, desde a origem até chegar a sua mesa, e tem exigido que o Estado Brasileiro ateste a qualidade e a segurança dos alimentos, e dessa forma possa garantir sua saúde e proteção. À luz desse cenário, o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento tem a responsabilidade de traçar as diretrizes do Plano Nacional de Controle de Resíduos e Contaminantes – PNCRC. O PNCRC é baseado em normas internacionais e tem o compromisso de investigar e adotar ações corretivas acerca de todas as não conformidades identificadas. Uma característica fundamental do programa referido é a rastreabilidade da amostra, a qual possibilita a identificação da origem de um possível problema e que, desta forma, permite que sejam traba-

lhadas as formas mais eficazes de mitigação de risco como, por exemplo, o desenvolvimento de programas setoriais de educação sanitária focados nos problemas identificados ou até mesmo de ações integradas de fiscalização (BRASIL, 2009). Ainda no tocante à presença de resíduos de agrotóxicos nos alimentos é necessário que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária aprimore suas atividades relativas ao tema. Neste sentido é importante, por exemplo, que continue controlando e monitorando, por intermédio do Programa de Análise de resíduos de Agrotóxicos em Alimentos – PARA, quais são os alimentos mais afetados, de forma a permitir ações coordenadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que visem mitigar os riscos que estas substâncias tóxicas possam causar aos consumidores. O contínuo monitoramento dos alimentos, bem como a expansão do Programa, visando abranger um número maior de culturas e ingredientes ativos dos alimentos mais relevantes para a dieta brasileira é de extrema importância para possibilitar ações cada vez mais eficazes para a proteção da saúde dos consumidores (ANVISA, 2008). Ressalta-se ainda a necessidade de incluir análises de micotoxinas e a redução dos limites tolerados nos alimentos, com base no disposto em legislação específica.

Outro importante foco de ação está voltado para implementar ações e estratégias para o Plano Nacional de Redução de agrotóxicos e incentivo aos sistemas orgânicos de produção ou outros sistemas produtivos alternativos ao uso de agrotóxicos, além das medidas fiscais. Considerando que o consumo de frutas e hortaliças é essencial para a constituição de uma dieta saudável e que, ainda baixíssima disponibilidade destes alimentos sem agrotóxicos, propõe-se uma aproximação do Plano com a Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (PNAPO) no sentido de ampliar a oferta de alimentos livres de agrotóxicos para os vários segmentos da população. O Plano deve promover a produção agroecológica e a produção orgânica ao invés de racionalizar o uso de agrotóxicos.

Foi constituído através da Portaria Nº 565/ANVISA, de 11/05/2009, o Grupo de Educação, Saúde e Agrotóxicos – GESA, com participação de atores do governo e da sociedade. O grupo já produziu materiais de orientação, tais como o livreto (Segurança alimentar e produção agropecuária sustentável); o vídeo (Trilhas do Campo) e uma cartilha sobre o uso de agrotóxicos para distribuição entre trabalhadores expostos, consumidores e profissionais das áreas de educação, saúde, agricultura e ambiente.

7

Monitoramento e Avaliação

7. Monitoramento e Avaliação

O Monitoramento e Avaliação deste documento acompanhará a implementação e resultados das ações executadas pelos órgãos no âmbito da Câmara Intermunicipal de Segurança Alimentar e Nutricional - CAISAN, cuja responsabilidade ficará para o Comitê Gestor, descrito no item seguinte. O propósito é subsidiar as decisões, bem como redirecionar as ações previstas.

O sistema de monitoramento e avaliação será constituído por um conjunto de instrumentos e estratégias para o acompanhamento e análise dos processos propostos e executados pelos responsáveis, com vistas a avaliar periodicamente o desempenho de suas atividades e sua implementação, o alcance das ações propostas e os resultados e efeitos em termos dos indicadores de estado nutricional, situação alimentar e fatores de risco da população.

Para isso, as propostas são:

- i. Para cada eixo de intervenção sejam definidos indicadores, assim como seus mecanismos/instrumentos de avaliação, metas e responsabilidades institucionais em sua execução;
- ii. Monitoramento das ações para redução do sobrepeso e da obesidade na população, incluindo os grupos específicos mais vulneráveis, assim como os fatores de risco envolvidos, por meio das estratégias de vigilância alimentar e nutricional supracitadas: sistemas de vigilância (SISVAN, VIGI-TEL), chamadas nutricionais, inquéritos e pesquisas;

iii. Implantação do Observatório de Alimentos, em parceria com institutos de defesa do consumidor e com universidades, para monitorar as medidas de regulação de alimentos e as alterações no perfil nutricional de alimentos processados, prestação de informações à população e apoio ao governo na definição de políticas públicas afetas ao tema;

iv. Definição de mecanismos de difusão das informações de monitoramento e avaliação, em conjunto com estados e municípios, com vistas à utilização das informações para o aprimoramento da gestão do documento e à publicização de seus resultados para a sociedade, com apoio da assessoria de comunicação do Ministério da Saúde;

v. Definição de edital de pesquisa específico para a avaliação de iniciativas e políticas nas temáticas abordadas nos eixos das estratégias.

Por fim, registre-se que o monitoramento e a avaliação das ações executadas a partir das estratégias propostas por este documento deverá estar em sintonia com os processos definidos para o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PlanSAN) e Plano Plurianual (PPA 2012-2015).

Referências

ABRANDH – Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos. Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, 2010.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência Geral de Toxicologia. Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA): Relatório de Atividades de 2001 – 2007. Brasília, 2008.

ASSIS, R. L. & ROMEIRO, A. R. Agroecologia e agricultura orgânica: controvérsias e tendências. Desenvolvimento e Meio Ambiente, Curitiba: Editora UFPR, n. 6, p. 67-80, jul./dez. 2002.

BATISTA FILHO, M. & RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(SUP. 1):S181-S191, 2003.

BELIK, W.; DA SILVA, J. G.; TAKAGI, M. Políticas de combate à fome no Brasil. São Paulo em Perspectiva, v.15, n.4, p. 119-129, 2001.

BERQUÓ, E.; GARCIA, S.; LAGO, T. (Coord.). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006. São Paulo: CEBRAP, 2008. Relatório final. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Secretaria de Defesa Agropecuária. Plano nacional de controle de resíduos e contaminantes. Brasília, 2009d.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 179, 18 set. 2006. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm>. Acesso em: 29 jul. 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social.

Política Nacional de Assistência Social (PNAS) 2004. Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Triplificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 225, 25 nov. 2009. Seção 1, p.82.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 596, de 8 de abril de 2004. Institui Grupo Técnico Assessor com a finalidade de proceder análise da Estratégia Global sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde e, em caráter consultivo, fornecer subsídios e recomendar ao Ministério da Saúde posição a ser adotada frente ao tema. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 69, 12 abr. 2004. p. 25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasil 2006. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde 1996. Rio de Janeiro: BENFAM, 1997. Disponível em: <<http://www.bemfam.org.br/up/00primeiras%20pgs.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição – 2. ed. rev. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2009c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/VIGITEL2008_web.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2010a.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Ministério da Saúde. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de

Janeiro: IBGE, 2011. 150 p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_analise_consumo/pofanalise_2008_2009.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Ministério da Saúde. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. 282 p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Ministério da Saúde. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: Despesas, Rendimentos e Condições de Vida / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro:

IBGE, 2010c. 222 p. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/POFpublicacao.pdf. Acesso em: 29 jul. 2011.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

BRASIL. Secretaria de Planejamento da Presidência da República. Estudo Nacional de Despesas Familiares - ENDEF. Rio de Janeiro: IBGE, 1978. 77p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2009. Rio de Janeiro: IBGE;

2009e. 138 p. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/default.shtm>>. Acesso em: 29 jul. 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Ministério da Saúde. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. 270 P. Disponível em: <<http://www1.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2002/pof200220032aed.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2011.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Programa de alimentação do trabalhador: legislação. 4^o ed. Brasília, 2001.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1, p.27833.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho, 2007. Relatórios do Programa de Alimentação do Trabalhador. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/pat/relatorios-do-pat.html>>.

BUENO, Júlia Macedo et al. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. Rev. Nutr. [online]. 2011, vol.24, n.4 [cited 2012-12-07], pp. 575-584 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1415-52732011000400006&lng=en&tling=pt>.

BROWN, T.; KELLY, S.; SUMMERBELL, C. Prevention of obesity: a review of interventions. Obesity Reviews 8(Suppl1): 127-130. 2007.

BURLANDY, L.; ANJOS, L.A. Acesso a vale refeição e estado nutricional de adultos beneficiários do Programa de Alimentação do Trabalhador no Nordeste e Sudeste do Brasil, 1997. Cad. Saúde Pública, v.17, n.6, p. 1457-64, 2001.

CASTRO, M. B. T. et al. Padrão dietético e estado nutricional de operários de uma empresa metalúrgica do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, v.20, n.4, p. 926-34, 2004.

CLARO, R. M.; CARMO, H. C. E.; MACHADO, F. M. S.; MONTEIRO, C. A. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. Rev. Saúde Pública, v.41, n.4, p. 557-564, 2007. ISSN 0034-8910.

COELHO, Eliane Martin; NOBRES, Evaldir de Souza. Diversidades raciais no contexto nutricional de gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família em Mato Grosso. In: XXII Congresso Brasileiro de Nutrição, 2012, Recife Pe. Anais do XXII Congresso Brasileiro de Nutrição, 2012.

COMITÊ DE SEGURANÇA ALIMENTAR MUNDIAL. Sessão (30.: 2004 : Roma, Itália). Diretrizes Voluntárias em apoio à realização progressiva do direito à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar nacional, Roma, 20-23 de setembro de 2004. Brasília: Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH), 2005. 44p.

CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar. Princípios e diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional: textos de referência para a II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, 2004.

CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional [relatório final]. Brasília, 2007.

CONTENTO, I. Nutrition Education. Linking research, theory and practice. Jones and Bartlett Publishers. Boston, 2007.

D'AMBROSIO, U. Formação de valores um enfoque transdisciplinar In: Moll, J. Caminhos da Educação Integral no Brasil: Direito a outros tempos e espaços educativos Artes Medicas, 2011.

Figueiredo, M. C.; Boaz, C. M. S.; Bonacina, C. M.; Fabricio, F. K.; da Silva, K. V. C. L.; Avaliação do padrão alimentar de quilombolas da comunidade do Limoeiro de Bacupari, Rio Grande do Sul, Brasil. Passo Fundo, v. 16, n. 2, p. 130-135, maio/ago. 2011.

Ferreira HS, Lamenha MLD, Xavier Júnior AFS, Cavalcante JC, Santos AM. Nutrição e saúde das crianças as comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2011;30(1):51-8.

FLASO - Federación Latinoamericana de Sociedades Obesidad. I Consenso Latino-americano em obesidade. Rio de Janeiro, 1998.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. Revista de Nutrição, Campinas, v. 13, p. 17-28, 2000.

FREIRE, P. A educação na cidade. 2. Ed. São Paulo, Cortez, 1995.

GONZALEZ-SUAREZ, C.; WORLEY, A.; GRIMMER-SOMERS, K.; DONES, V. School-based interventions on childhood obesity: a meta-analysis. American Journal of Preventive Medicine, v. 37, n. 5, p. 418-427, 2009.

IBASE - Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Balanço social: O desafio da transparência. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.ibase.br/modules.php?name=conteudo&pid=2414?>>. Acesso em: 29 jul. 2011.

JAIME, P.C. & LOCK, K. Do school based food and nutrition policies improve diet and reduce obesity? *Preventive Medicine*, v. 48, n.1, p. 45-53, 2009.

JOMORI, M. M.; PROENCA, R. P. C.; CALVO, M. C. M. Determinantes de escolha alimentar. *Rev. Nutr.*, v.21, n.1, p. 63-73, 2008. ISSN 1415-5273.

KATZ, D.L.; O'CONNELL, M.; NJIKE, V.Y.; YEH, M.C.; NAWAZ, H. Strategies for the prevention and control of obesity in the school setting: systematic review and meta-analysis. *Int. J. Obes.*, v.32, n.12, p.1780-9, 2008.

KEMPER, H. The natural history of physical activity and aerobic fitness in teenagers. In: *Advances in Exercise Adherence* (R. Dishman, ed.), p. 293-318, Champaign: Human Kinetics, 1994.

KOATZ, A. M. Terra Urbanizada para Todos – reflexões sobre trechos do texto de apresentação da página web da Secretaria Nacional de Programas Urbanos. 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental. 2009.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de Fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(supl. 2):3009-3019, 2010.

•MALUF, R. S. & MENEZES, F. Caderno 'Segurança Alimentar'. s.n.t. 52p.

Disponível em: <http://www.forumsocialmundial.org.br/download/tconferencias_Maluf_Menezes_2000_por.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2012.

MALUF, R.S.; MENEZES, F.; VALENTE, F.L. Contribuição ao Tema da Segurança Alimentar no Brasil. *Revista Cadernos de Debate*, v.4, p. 66-88, 1996.

MENDONÇA, C. P. & ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. Cad. Saúde Pública, v.20, n.3, p. 698-709, 2004.

MOODIE, R.; STUCKLER, D.; MONTEIRO, C.; SHERON, N.; NEAL, B.; THAMARANGSI, T.; LINCOLN, P.; CASSWELL, S. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. Lancet, v.381, n.9867, p. 670-679, 2013.

NUGENT, R. & EGAL, F. La agricultura urbana y peri-urbana, seguridad alimentaria y nutrición domestica. In: Documento de discusión para la Conferência Electrónica de FAO-ETC/RUAF sobre la Agricultura Urbana y Peri-urbana, 21 ago.-30set. 2000. Disponível em: <<http://www.fao.org/urbanag>>.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) - Resumo executivo – Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat, OECD 2010.

OMS - Organização Mundial da Saúde, Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. 57^a Assembléia Mundial De Saúde WHA57.17, Ponto 12.6 da ordem do dia 22 de maio de 2004. Disponível em: <http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2011.

OLIVEIRA e SILVA, D.; GUERREO, A. F. H.; GUERRERO, C. H.; de TOLEDO, L. M.; A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. Rev. Nutr., Campinas, 21(Suplemento):83s-97s, jul./ago., 2008.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. Saúde da População Negra, Brasil 2001. Org: Fátima Oliveira, 2003.

PÉREZ-MORALES, M.E.; BACARDÍ-GASCÓN, A.; JIMÉNEZ-CRUZ, A.; ARMEN DÁRIZ-ANGUIANO, A. Intervenciones aleatorias controladas basadas en las escuelas para prevenir la obesidad infantil: revisión sistemática de 2006 a 2009. Archivos Latinoamericanos de Nutricion, v. 59, n.3, p.253-259, 2009.

SARNO, F.; BANDONI, D. H.; JAIME, P. C. Excesso de peso e hipertensão arterial em trabalhadores de empresas beneficiadas pelo Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). Rev. Bras. Epidemiol., vol.11, n.3, p. 453-462, 2008.

SAVIO, K. E. O.; COSTA, T. H. M.; MIAZAKI, É.; SCHMITZ, B. A. S. Avaliação do almoço servido a participantes do programa de alimentação do trabalhador. Rev. Saúde Pública, vol.39, n.2, p. 148-155, 2005.

SICHIERI, R.; COITINHO, D. C.; PEREIRA, R. A.; MARINS, V. M. R.; MOURA, A. S. Variações temporais do Estado Nutricional e do Consumo Alimentar no Brasil. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p. 31-51, 1997.

SICHIERI, R. & SOUZA, R. A. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S209-S234, 2008.

SOARES, F. V.; SOARES, S.; MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R.G. Cash Transfer Programs in Brazil. Impacts on inequality and poverty. Working Paper 21. Brasília: UNDP/ IPEA; 2006.

VALENTE, F. et al. Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional. Brasília: ABRANDH, 2007. 204p

VELOSO, I.S. & SANTANA, V.S. Impacto nutricional do programa de alimentação do trabalhador no Brasil. Ver. Panam. Salud. Publica, v. 11, n.1, p. 24-30, 2002.

WHO - World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization. WHO Technical Report Series, 916. Geneva, 2003.

WHO - World Health Organization. Global Strategy on diet, physical activity and health. Fifty seventh world health assembly (WHA57.17). Geneva, 2004.

WHO - World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on Obesity. Geneva, 1998.

WHO - World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO, 1995. (Technical Report Series, No. 854).

