

lose fat through diet and exercise. However, challenges face parents and educators as many report a shortage of time to engage in physical activity. These challenges can be overcome with clear, focused messages from leaders in academia and governments that recognize that health and wellness promote academics, productivity, and family relations.

Fourth, a major problem with family interventions is the need to overcome two very strong predictors of childhood obesity, namely family income and level of parental education. How these two factors influence diet and activity levels of children is unclear, but one can speculate that income limits food choices and education limits the recognition that excess fat mass is associated with future disease risk. Thus, income and education will clearly confound any program that attempts to change diet and/or activity if the family or school lacks the means, either financially or intellectually, to implement changes, such as eating more fruits and vegetables, living in areas that are safe to walk or play, and so on. Therefore, it can be seen that even promising programs that attempt to integrate schools and families may disintegrate when faced with issues that are more sociological and economic rather than medical or nutritional. Again, the need for focused leadership at high levels of academic and government can facilitate part of this change, but even then may not touch on all aspects of childhood obesity (such as industry-related aspects).

Finally, current methods used to assess either dietary intake or components of daily energy expenditure (e.g. basal metabolism, physical activity, or non-exercise physical activity) need to be able to capture components that contribute to a positive energy balance of less than 3% of total energy expenditure. Unfortunately, even the best techniques available are only precise to within \pm 5% of gold standard measurements and may only capture differences in energy balance between 5 to 10% of total energy expenditure. Thus, amidst the multitude of studies reviewed by the authors, the underlying problem when evaluating such studies is the fact that none of the protocols described can accurately assess or address the seemingly minor changes in energy balance that may result in either weight gain or weight loss.

In conclusion, attempting to describe and understand why or how programs to reverse or prevent childhood obesity succeed or not unknowingly brings the authors and readers into a plethora of issues that cannot be overcome until more precise for studying energy intake or physical activity exist. In the meantime, despite the apparent pessimistic view of obesity prevention or treatment programs, the nutrition and medical

field can still emphasize the decades-old wisdom that diets moderate in fat and abundant in fruits and vegetables, low in processed foods, coupled with daily activity are the best preventive measure available for obesity and other diseases.

*Patrícia Chaves
Gentil &
Janine Giuberti
Coutinho*

*Secretaria de Atenção à
Saúde, Ministério da
Saúde, Brasília, Brasil.
patricia.gentil@saude.
gov.br
patricia.gentil@gmail.com*

Sichieri & Souza nos apresentavam com uma sistematização consistente que discute o efeito das estratégias de controle e prevenção da obesidade para crianças e adolescentes disponíveis na literatura científica. Reforça que as intervenções para essa epidemia devem considerar medidas voltadas ao ambiente “obesogênico”, conjugadas às voltadas ao indivíduo, família e coletividade, de forma a favorecer que as escolhas mais saudáveis sejam factíveis aos indivíduos ¹.

Reverter e controlar essa epidemia consiste num dos principais desafios da saúde pública, sobretudo para os países em desenvolvimento como o Brasil, que convive com a dupla carga de doenças. A persistência da desnutrição e das carências nutricionais, frutos das desigualdades sociais do país, e o aumento epidêmico da obesidade, nos remetem a um debate sobre o modelo atual de atenção à saúde, que ainda privilegia a doença, como fenômeno individual e a assistência médico-curativa. É necessário considerar a obesidade enquanto um fenômeno multicausal que tem forte determinação ambiental e comportamental. Dentre outros fatores, está relacionada com os modos de produção, comercialização e *marketing* de alimentos industrializados, e com o estilo de vida dos indivíduos, que determinam as práticas inadequadas de alimentação (quantidade e qualidade) e o sedentarismo ².

Promover uma alimentação saudável, aliada à atividade física, constitui-se numa das estratégias de saúde pública de vital importância para o enfrentamento desses problemas. Consiste em desenvolver mecanismos, com base em uma abordagem multisetorial, que apóiem os indivíduos a adotar modos de vida saudáveis, revendo hábitos alimentares pouco saudáveis. Isso implica um arcabouço de ações intersetoriais que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário e outros setores de governo (agricultura, abastecimento, educação, trabalho, desenvolvimentos social e agrário), os setores privado e não-governamental, compondo redes de compromisso com a qualidade de vida da população ³.

As questões levantadas pelas autoras merecem ser discutidas à luz das políticas que o setor saúde vem priorizando no Brasil. O Ministério da Saúde tem sido promotor de medidas que podem gerar impacto nos fatores que determinam o aumento epidêmico da obesidade, assim como as outras doenças crônicas não-transmissíveis (diabetes mellitus, hipertensão arterial, neoplasias e outras). De acordo com as estratégias e diretrizes definidas no âmbito da Política de Promoção da Saúde e da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), as ações Programa Alimentos Seguros são pautadas em três pilares que são interligados e potencializam-se entre si^{3,4,5,6}.

O primeiro deles são as medidas de incentivo, que sensibilizam, informam e instrumentalizam os indivíduos a adotar práticas mais saudáveis. São ações que variam no desenvolvimento de campanhas temáticas, focadas no contexto de estilos de vida saudáveis, distribuição de materiais para profissionais e população, e também na educação alimentar e nutricional (escola, serviço de saúde, ambiente de trabalho e comunidades).

Em que pese às poucas evidências que mostrem os efeitos duradouros da educação alimentar e nutricional para a redução do peso corporal, medidas que impactam no *desenvolvimento das habilidades individuais* são um dos campos clássicos de atuação de promoção da saúde. A efetividade dessas ações está vinculada ao resgate da dimensão da educação em saúde, associado à idéia de *empowerment*, ou seja, ao processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e de poder político por parte dos indivíduos e da comunidade⁷.

Nessa dimensão, existe o desafio de incorporar e organizar a educação alimentar e nutricional no serviço de saúde local, pois não deve ser reproduzida a partir dos modelos tradicionais concentrados somente nos efeitos biológicos dos nutrientes, na orientação alimentar e, ainda, na preservação das propriedades nutritivas dos alimentos e técnicas de preparo e armazenamento. A educação alimentar e nutricional deve ser definida baseando-se em métodos de ensino problematizadores e construtivistas, a partir da realidade local, considerando os contrastes e as desigualdades sociais que comprometem o acesso da população ao direito universal à alimentação⁸.

Organizar a educação alimentar e nutricional no serviço de saúde também passa necessariamente pela discussão da *reorientação do serviço de saúde*. É necessário avançar em direção à superação do modelo biomédico, centrado na doença, como fenômeno individual, e na assistência médica curativa, desenvolvida nos estabe-

lecimentos médico-assistenciais, para que não sejam somente “diagnosticadores” e “tratadores” de doenças. A Estratégia Saúde da Família visa a reorientar esse modelo de atenção, atendendo aos indivíduos e à família de forma integral e contínua, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. É, sem dúvida, um espaço que precisa ser ocupado para a difusão de informação e a reflexão coletiva sobre os fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas em saúde e nutrição na sociedade, estimulando o espírito crítico e o discernimento das pessoas e incentivando a adoção de hábitos alimentares⁹.

O segundo pilar trata-se das *medidas de apoio*, que são aquelas que dão suporte para os indivíduos realizarem suas escolhas mais saudáveis; mas somente são efetivas quando estão sensíveis, preparados e motivados. Um exemplo seria a rotulagem nutricional de alimentos processados e dos *fast foods*. E o terceiro pilar são as *medidas de proteção*, que implicam medidas regulatórias com o objetivo de proteger a população de práticas abusivas.

Sobre essas, inserem-se aquelas relacionadas à criação de ambientes favoráveis à saúde e à alimentação saudável, e que necessariamente implica o reconhecimento da complexidade social e das relações de interdependência entre diversos setores afetos ao tema. É dever do Estado induzir e/ou regulamentar situações e produtos que interfiram de forma negativa na saúde do indivíduo, sobretudo no que diz respeito à qualidade da alimentação. A regulamentação da publicidade de alimentos ricos em açúcar, gorduras saturadas, trans e sódio (em fase de consolidação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e, ainda, o estabelecimento de marcos legais para limitar o teor destes nutrientes nos alimentos processados, vêm sendo elaborados e discutidos pelo governo.

A escola também entra nesse contexto. Como discutido pelas autoras, a escola deve ser um espaço de formação de hábitos de vida saudáveis e daí o seu compromisso, não só em comercializar alimentos saudáveis, mas também tratar o tema na sua amplitude. É com esse enfoque que foram definidas as diretrizes para o Programa Alimentos Seguros no ambiente escolar, são elas: a inserção da temática de forma transversal no currículo escolar, considerando os hábitos alimentares como expressão de manifestações culturais regionais e nacionais; o estímulo à produção de hortas; a implantação de boas práticas de manipulação de alimentos nos locais de produção e fornecimento de alimentação nas escolas; a restrição ao comércio e à promoção comercial de alimentos e preparações com altos teores de gordura saturada, trans, açúcares e sal; o incentivo ao consumo

de frutas e hortaliças; e o monitoramento da situação alimentar nutricional dos alunos ⁶.

Para tornar essas ações efetivas, além das questões relacionadas à gestão local das mesmas (implantação, monitoramento e avaliação), outras duas questões devem ser consideradas: a primeira, está relacionada com a necessidade do tema em questão estar na pauta de prioridades não só do setor saúde (em todas as esferas de governo), mas, também, dos diferentes setores afetos (educação, agricultura, desenvolvimentos agrário e social). E a segunda, é a necessidade do fortalecimento da rede de alimentação e nutrição, sobretudo com a participação da sociedade civil e das universidades. Afinal, promover uma alimentação saudável vai na contramão dos processos de globalização e de urbanização, pois são movimentos dificultadores de práticas alimentares saudáveis e que impactam interesses econômicos contrários à saúde pública. Até que ponto o setor saúde consegue manter o seu protagonismo e fazer com que as questões de saúde pública possam sobrepujar as questões econômicas de um país?

1. World Health Organization. Integrated prevention of noncommunicable diseases. Global strategy on diet, physical activity and health. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy> (acessado em Nov/2007).
2. Lamounier JA, Parizzi MR. Obesidade e saúde pública. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1497-9.
3. Coordenação-geral da Política de Alimentação e Nutrição, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Brasil. Portaria MS nº. 687, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União* 2006; 31 mar.
6. Brasil. Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.010, de 8 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. *Diário Oficial da União* 2006; 9 mai.
7. Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:177-85.
8. Ferreira A, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1674-81.
9. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2007. (Coleção Pró-gestores – Para Entender a Gestão do SUS, 8).

Malaquias Batista Filho

*Instituto Materno Infantil
Professor Fernando
Figueira, Recife, Brasil.
mbatista@imip.org.br*

Depois de um milênar e, segundo Castro ¹, intencional silêncio cultural do Ocidente, no último século a humanidade foi despertada para o grave problema da fome mundial, que passou a fazer parte da agenda de pensadores, estadistas, comunicadores, lideranças políticas e religiosas e, notadamente, de estudiosos dos problemas de saúde em nível populacional e clínico. Estabeleceu-se assim, com legitimidade ética e justificativa científica, a grande focalização sobre as formas mais grosseiras das carências nutricionais ou suas manifestações menos visíveis e de maior prevalência, chamadas emblematicamente de “fome oculta”.

A mobilização de idéias e empreendimentos em torno das carências alimentares/nutricionais representou um processo historicamente muito positivo, resultando no reconhecimento da alimentação como um dos direitos fundamentais do homem. Todavia, como sempre foi comum na história, criou-se um apriorismo que acabou retardando a observação de uma outra face da moeda: o contraponto dos excessos e impropriedades alimentares e suas manifestações específicas ou associadas, como o sobrepeso/obesidade, as dislipidemias, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, osteoarticulares e alguns tipos de neoplasias que atualmente respondem por 58% das causas de morte. Essa outra face adversa do problema só ganhou *status* de primeira ordem em nível institucional há cinco anos, quando as Nações Unidas, com a adesão de todos os países, exceto os Estados Unidos, concordaram com os termos e princípios da *Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde* ². Trata-se, de fato, de um movimento de resgate de uma nova situação que começou a ser percebida, sem maiores repercussões, vinte anos depois de se estabelecer o consenso (ou o grande compromisso?) em torno das restrições agudas ou crônicas de consumo alimentar nos países em desenvolvimento.

É nessa perspectiva que o artigo de Sichier & Souza representa uma contribuição oportuna, pertinente e muito relevante para a análise do problema. Torna-se até mesmo um estudo matricial, na medida em que pode assumir, não apenas nas instituições de ensino e pesquisa, mas num espaço e num tempo bem mais amplos, um efeito reprodutivo de novos desdobramentos e aprofundamentos. Assim, as observações analíticas que se seguem têm um caráter mais complementar que contraditório em relação à excelente contribuição que o estudo representa. Desse modo, os comentários e questionamentos