

POLÍTICAS PÚBLICAS EA OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Gilcéia Luciane Dallagassa Eickhoff

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG - PR.
E-mail: gilceiactba@yahoo.com.br

Márcia Helena Baldani Pinto

Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG
- PR. E-mail: mbaldani@uepg.br

Solange de Moraes Barros

Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG
- PR. E-mail: solangebarros@brturbo.com.br

Constantino Oliveira Júnior

Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG -
PR. E-mail: constantino@uepg.br

RESUMO

O Brasil está vivenciando um cenário de transição nutricional, implicando a reformulação de ações, visando não somente o combate à desnutrição, mas, também, ao sobrepeso e à obesidade, que acometem de forma consistente todas as faixas etárias, inclusive os adolescentes. O objetivo deste trabalho é apresentar a trajetória das políticas públicas relacionadas à alimentação e nutrição, particularmente no que se refere à adolescência, analisando as estratégias para uma alimentação saudável que vem sendo implementadas no âmbito das três esferas do poder público: federal, estadual e municipal. Nas esferas estadual e municipal, foram considerados, respectivamente, o estado do Paraná e o município de Ponta Grossa.

Palavras-chave: Políticas públicas; Saúde do adolescente; Obesidade.

ABSTRACT

Brazil is facing a nutritional transition scenario, leading to the reformulation of the actions, aiming not only to face malnutrition, but also overweight and obesity, which affect all age groups in a consistent manner, including the adolescents. The aim of this paper is to present the trajectory of public feeding and nutrition policies, particularly those related to adolescence, analyzing the strategies for healthy feeding that are being held in the three

spheres of the government: federal, state and municipal. In state and municipal spheres we considered, respectively, the state of Paraná and the municipality of Ponta Grossa.

Keywords: Public policies; Adolescent health; Obesity.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos séculos, a Saúde Pública tem se ocupado em compreender as condições sociais e ambientais e sua atuação sobre o processo saúde-doença, buscando intervir adequadamente sobre elas. Mudanças no hábito de vida das pessoas, como consequência dos processos de urbanização e industrialização, são apontadas como determinantes sociais que agem diretamente sobre as condições de saúde das populações. Os indivíduos estão inseridos em um contexto histórico-social, e as interações com o meio definem suas condições sociais. (SOBRAL; FREITAS, 2010, p. 37).

O estado nutricional de uma população, de acordo com Leal e Bittencourt (1997, p. 552), é um indicador positivo de saúde, ao contrário da maioria dos indicadores clássicos de morbidade e mortalidade, que medem a ausência de saúde.

Mudanças nos hábitos de vida podem refletir no estado nutricional da população. A adolescência, em particular, é uma faixa vulnerável da sociedade no que diz respeito à adoção de hábitos e à recepção de informações.

A preocupação com a população jovem vem mudando nas últimas décadas. Tal fato torna-se visível com a adoção do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, que tem como base a Convenção internacional dos Direitos da Criança, além do envolvimento de diferentes setores da sociedade. (BRASIL, 2012c). O Estatuto da Criança e do Adolescente normatiza o desenvolvimento integral da criança e do adolescente, atribuindo ao Estado, à família e à sociedade a responsabilidade por prover as condições básicas para o desenvolvimento do grupo em questão, buscando fugir de práticas paliativas como o assistencialismo. (BRASIL, 2006).

Dentro deste contexto, o presente trabalho tem por objetivo apresentar a trajetória das políticas públicas relacionadas à alimentação e nutrição no Brasil, particularmente no que se refere à adolescência, destacando as estratégias para uma alimentação saudável implementadas no âmbito das três esferas do poder público: federal, estadual e municipal. Para efetivação da apresentação de um conteúdo que minimamente dê conta destes objetivos, propõe-se um estudo exploratório, de cunho qualitativo, centrando numa revisão bibliográfica.

A primeira parte tem por objetivo apresentar dados epidemiológicos sobre o estado nutricional e condições de saúde da população, delimitando temporalmente nos últimos 40 anos. Num segundo momento, procura-se levantar alguns estudos sobre a prevalência de obesidade em adolescentes. Num terceiro momento, ocorre a preocupação em apresentar os fatores que contribuem para o sobrepeso e a obesidade. E como último objetivo, busca-se verificar as estratégias sobre a alimentação e nutrição realizadas nas três esferas do poder público. Nessa etapa, serão considerados o estado do Paraná e o município de Ponta Grossa como unidades de análise.

ESTADO NUTRICIONAL E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE

Em uma população, vários fatores podem contribuir para o desenvolvimento do sobrepeso/obesidade e o conseqüente surgimento de doenças crônicas não transmissíveis que caracterizam a síndrome plurimetabólica (alteração nos níveis dos lipídeos, hipertensão arterial e diabetes). Estudos realizados em muitos países e inclusive no Brasil sugerem que exposições nutricionais, ambientais e padrões de crescimento durante a vida intra-uterina e nos primeiros anos de vida podem ter efeitos importantes sobre as condições de saúde do adulto (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008). O retardo de crescimento intra-uterino e o ganho de peso excessivo nos primeiros anos de vida têm sido associados, em muitas pesquisas, com o risco aumentado para obesidade, hipertensão, síndrome metabólica, resistência insulínica e morbimortalidade cardiovascular na vida adulta, entre outros desfechos desfavoráveis. Afirmam Coutinho, Gentil e Toral (2008, p. 335):

Estratégias clássicas de saúde pública, como o pré-natal para as gestantes, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, fomento do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, complementar até o segundo ano de vida, e ainda uma alimentação complementar adequada, devem ser priorizadas e fortalecidas em âmbito local de atenção à saúde.

Torna-se cada vez mais evidente que, para a melhoria do estado nutricional de uma população, não basta apenas ter acesso facilitado aos serviços de saúde ou aumento da renda familiar; é necessário proporcionar meios que facilitem a educação nutricional nos vários segmentos da sociedade, tornando os indivíduos mais conscientes para a escolha dos alimentos. Com a melhora da renda e do acesso à saúde, era de se esperar que a deficiência de micronutrientes fosse reduzida na população brasileira. No entanto observa-se, atualmente, o ressurgimento de deficiências como o Beribéri – em alguns estados brasileiros –, o excessivo

consumo de sal de cozinha, acarretando absorção exagerada de iodo pela população adulta e a hipovitaminose A. (BRASIL,2012b).

Por outro lado, entre 1970 e 2008, o Brasil deixou de ser um país com altas taxas de desnutrição para transformar-se num país com metade de sua população com excesso de peso, caracterizando uma peculiar e rápida transição nutricional.

De acordo com Batista Filho e Rissin (2003, p.184)

[...] ao mesmo tempo em que declina a ocorrência da desnutrição em crianças e adultos num ritmo bem acelerado, aumenta a prevalência de sobrepeso e obesidade na população brasileira. A projeção dos resultados de estudos efetuados nas últimas três décadas é indicativa de um comportamento claramente epidêmico do problema. Estabelece-se, dessa forma, um antagonismo de tendências temporais entre desnutrição e obesidade, definindo uma das características marcantes.

A adoção de políticas econômicas e sociais inclusivas, particularmente na década de 2000, contribuiu com avanços significativos na redução das desigualdades internas no Brasil. De 1989 a 2006, o país alcançou as metas de redução da desnutrição estabelecidas no primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio: “prevalência de crianças (menores de cinco anos) abaixo do peso”. A prevalência caiu de 7,1% para 1,7% e o déficit de altura caiu de 19,6% para 6,7%. Por outro lado, simultaneamente, vem ocorrendo no Brasil, a exemplo de vários países no mundo, aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade. (BRASIL, 2012c).

O Brasil atingiu uma grande meta: a redução da desnutrição infantil. No entanto, surgiu outro problema também relacionado à alimentação: o sobrepeso e a obesidade, e que tem como consequência o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis. O grande desafio atual é entender e combater os fatores que contribuem para o seu desencadeamento.

PREVALÊNCIA DE OBESIDADE EM ADOLESCENTES

O estudo da relação do desenvolvimento de doenças crônicas com fatores que contribuem para o aumento do peso torna-se cada vez mais importante para nortear políticas públicas. De acordo com Oliveira et al (2004, p. 238)

[...] estudos epidemiológicos vêm mostrando uma associação do crescimento expressivo na incidência de doenças crônicas, como o diabetes melito tipo 2 e as doenças coronarianas, com a diminuição do tempo de vida livre de doenças, à medida que ocorre um aumento do IMC da população. A presença de alterações metabólicas (resistência à insulina, dislipidemia, hipertensão, alterações trombogênicas, hiperuricemia) na infância e adolescência pode contribuir para o desenvolvimento deste processo.

Must et al (apud OLIVEIRA et al, 2004) analisaram adolescentes do estudo de *Harvard Growth*, que foram acompanhados ao longo da vida, e verificaram que 52% dos indivíduos que apresentavam excesso de peso quando adolescentes permaneceram neste estado nutricional 55 anos após e o risco relativo para todas as causas de doenças coronarianas foi aproximadamente duas vezes maior nestes indivíduos. Este estudo demonstrou a necessidade da implementação de medidas intervencionistas e de prevenção no combate a este distúrbio nutricional em indivíduos mais jovens. Dentre os principais componentes de políticas para uma vida saudável em adolescentes, Oliveira et al (2004) destacam a promoção do aumento da atividade física.

Estudos realizados com adolescentes brasileiros têm demonstrado a prevalência de sobrepeso e obesidade neste grupo populacional. Terres et al (apud ENES; SLATER, 2010), em um estudo transversal de base populacional realizado no município de Pelotas-RS, encontraram prevalência de 20,9% para sobrepeso e 5,0% para obesidade entre adolescentes de 15 a 18 anos.

Radominski (2010) estudou dados da Pesquisa sobre Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, realizada em parceria entre o IBGE e o Ministério da Saúde, e mostrou que 50% dos homens e 48% das mulheres se encontravam com excesso de peso, sendo que 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres apresentavam obesidade. Comparando os resultados com os dados de 1974-75, a autora identificou que, na faixa etária entre 10 a 19 anos, o excesso de peso aumentou de 3,7% para 21,7% nos meninos e de 7,6% para 19% nas meninas, oscilando entre 16% e 18% no Norte e no Nordeste e entre 20 e 27% no Sudeste, no Sul e no Centro-Oeste. Foram considerados obesos 6% dos meninos e 4% das meninas. O aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade foi maior na zona urbana do que na zona rural, em quase todas as regiões do país, e foi maior nas famílias com maior renda.

O excesso de peso – que compreende o sobrepeso e a obesidade - é considerado atualmente um dos maiores problemas de saúde pública, afetando todas as faixas etárias. Nos adolescentes, após quatro décadas de aumento gradual nas prevalências, em torno de 20% 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. A renda média da população brasileira apresentou um incremento nas últimas décadas e as doenças crônicas, com foco para obesidade, passaram a apresentar taxas semelhantes entre os grupos. O Estudo de Carga Global de Doenças no Brasil revela que 58% dos anos de vida perdidos precocemente se devem às doenças crônicas não transmissíveis. (BRASIL, 2012).

Os resultados de pesquisas realizadas a respeito da obesidade na adolescência refletem um problema de saúde com grande impacto na sociedade e que sugerem

investimentos na promoção da saúde, principalmente na área da educação nutricional, incluindo esclarecimentos a gestores que atuam na elaboração e aplicação das normas que regulamentam a liberação e a propaganda de determinados produtos alimentícios que são considerados maléficos à saúde.

FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O SOBREPESO E A OBESIDADE

Com o advento da hiperindustrialização, fica cada vez mais difícil evitar que os diversos segmentos da sociedade, principalmente crianças e adolescentes, tenham acesso a alimentos com baixo valor nutricional. Produtos genéricos acabam entrando no mercado com custo reduzido, facilitando a aquisição e impedindo, de certa forma, que hábitos alimentares saudáveis perdurem dentro das famílias e nas instituições formais de ensino.

Além da facilidade em adquirir produtos não nutritivos, a sociedade atual incorpora hábitos pouco saudáveis no seu dia-a-dia, como, por exemplo, o sedentarismo, provocado não só pela forte presença de computadores e jogos eletrônicos na rotina diária de crianças e adolescentes, mas também pela redução do espaço físico para a realização de brincadeiras e atividades desportivas que são consideradas como muito importantes para manutenção da saúde física e mental dos adolescentes. O desequilíbrio provocado pela alta ingestão alimentar e o baixo gasto energético dos adolescentes, vividos em um contexto atual, sugere a necessidade de políticas públicas que englobem a implantação de projetos com estruturas específicas na área de educação física, e que permitam, de forma gratuita, inserir os jovens em atividades esportivas, além das previstas do período escolar.

Segundo Wanderley e Ferreira (2010)

[...] existe um consenso de que a etiologia da obesidade é bastante complexa, apresentando um caráter multifatorial. Envolve, portanto, uma gama de fatores, incluindo os históricos, ecológicos, políticos, socioeconômicos, psicossociais, biológicos e culturais. Ainda assim, nota-se que, em geral, os fatores mais estudados da obesidade são os biológicos relacionados ao estilo de vida, especialmente no que diz respeito ao binômio dieta/atividade física.

Sabe-se que a obesidade ocorre nas diferentes faixas econômicas. No entanto pesquisas indicam que, atualmente, o baixo nível socioeconômico tem relação com a obesidade. A ocupação, a renda e a educação resultam em hábitos de vida peculiares,

acarretando, por vezes, excessiva ingestão calórica e/ou baixo gasto energético dos indivíduos.

Segundo Kac e Velasquez-Melendez(2003)

é incontestável que o Brasil e diversos países da América Latina estão experimentando nos últimos vinte anos uma rápida transição demográfica, epidemiológica e nutricional. As características e os estágios de desenvolvimento da transição diferem para os vários países da América Latina. No entanto, um ponto chama a atenção, o marcante aumento na prevalência de obesidade nos diversos subgrupos populacionais para quase todos os países latino-americanos. Dentro desse contexto, a obesidade se consolidou como agravo nutricional associado a uma alta incidência de doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, influenciando desta maneira, no perfil de morbimortalidade das populações.

Nesse sentido, os adolescentes encontram-se vulneráveis a práticas alimentares incorretas, devido ao bombardeio de ofertas de alimentos industrializados e com ótimo sabor. Esses alimentos são mais refinados, pobres em fibras, apresentam alto teor de sódio e grande quantidade de aditivos químicos. Além disso, são visualizados quase que todos os dias principalmente nas propagandas de televisão. De acordo com Almeida, Nascimento e Quaioti (2002), uma exposição de apenas 30 segundos a comerciais de alimentos é capaz de influenciar a escolha por determinado produto, o que mostra que o papel da TV no estabelecimento de hábitos alimentares deve ser investigado. Diante da TV, uma criança pode aprender concepções incorretas sobre o que é um alimento saudável, uma vez que a maioria dos alimentos veiculados possui elevados teores de gorduras, óleos, açúcares e sal.

Os chamados “*fast foods*”, incorporados às refeições de muitos adolescentes, tornam-se outro agravante. Nesse contexto, fica evidente o poder de persuasão da mídia nos mais diversos meios de comunicação, produzindo propagandas que induzem o consumidor a pensar que tais alimentos não são prejudiciais à saúde. Há estudos que relacionam o tempo gasto assistindo televisão e a prevalência de obesidade. Grazini e Amâncio (apud MELLO; LUFT; MEYER, 2004, p. 177) analisaram o teor das propagandas veiculadas em horários de programas para adolescentes, verificando que a maioria delas (53%) era de lanches e refrigerantes.

A hiperindustrialização, a facilidade em adquirir alimentos não nutritivos, o elevado consumo de *fast foods*, o sedentarismo, a ocupação, a renda, a educação e a influência da mídia são alguns dos fatores estudados na prevalência do sobrepeso e da obesidade.

PROTEÇÃO SOCIAL DO ADOLESCENTE – ESFERA NACIONAL

A obesidade é um problema de saúde pública que acarreta o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e que vem sendo discutido e estudado em âmbito internacional e nacional. Para o seu controle é imprescindível esforços nas diversas esferas administrativas com a implementação de políticas públicas que propiciem o acesso a um estilo de vida saudável.

Uma importante política de proteção social que atende ao adolescente é o Bolsa Família, programa que atende à população de forma a repassar benefícios financeiros, tendo como base o perfil da família. Esse programa foi instituído pela Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto n. 5.209, de 17 de setembro de 2004 onde a Portaria Interministerial n. 2.509, de 18 de novembro de 2004, dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas ao cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiadas. Nesse programa o Governo Federal transfere renda direto para as famílias, sendo o saque feito mensalmente, além de promover o acesso à saúde, educação e assistência social. (BRASIL, 2010).

No âmbito do Sistema Único de Saúde, os municípios e os estados, por meio do Pacto pela Vida, ficaram incumbidos de controlar as ações de nutrição na atenção básica. E coube ao Governo Federal a elaboração da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN, por meio do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2010).

O padrão de consumo varia de acordo com os grupos etários. Entre os mais novos, é maior o consumo de alimentos ultra-processados, que tendem a diminuir com o aumento da idade, enquanto o inverso é observado entre as frutas e hortaliças. Os adolescentes são o grupo com pior perfil da dieta, com as menores frequências de consumo de feijão, saladas e verduras em geral, apontando para um prognóstico de aumento do excesso de peso e doenças crônicas. O elenco de estratégias na saúde direcionadas à Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) envolve a educação alimentar e nutricional que se soma às estratégias de regulação de alimentos - envolvendo rotulagem e informação, publicidade e melhoria do perfil nutricional dos alimentos - e ao incentivo à criação de ambientes institucionais promotores Política Nacional de Alimentação e Nutrição de alimentação adequada e saudável, incidindo sobre a oferta de alimentos saudáveis nas escolas e nos ambientes de trabalho. A oferta de alimentos saudáveis também deve ser estimulada entre pequenos comércios de alimentos e refeições da chamada “comida de rua”. (BRASIL, 2012).

De acordo com Coutinho, Gentil e Toral (2008, p.335) “[...] no Brasil, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), criada em 1999, explicitou o papel do setor saúde para a agenda única de nutrição, considerando como pressupostos o direito humano à alimentação adequada e à segurança alimentar e nutricional”. Para os autores, das sete

diretrizes propostas, três merecem destaque: (1) o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população brasileira; (2) a prevenção e controle das carências nutricionais e das doenças associadas à alimentação e à nutrição e (3) a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis. Contam os autores que:

a criação da PNAN pautou-se na necessidade de recolocar a nutrição no cenário político, estruturar as ações de alimentação e nutrição no setor saúde e fomentar uma rede de apoio institucional nos estados e municípios brasileiros e, ainda, com a sociedade civil organizada e a academia. Além disso, veio fortalecer o setor numa perspectiva intersetorial, apontando sua interface direta com o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), discutido desde 2006, com a publicação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), que se fundamenta mediante a articulação de setores governamentais, a sociedade civil, a academia e o setor produtivo (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008, p.335).

Dentre as diretrizes do PNAN, está o controle das doenças associadas à alimentação e à nutrição e a promoção de práticas alimentares. Porém percebe-se que, na atualidade, ainda são evidenciadas somente ações que evitam a desnutrição. Verifica-se que falta o necessário cuidado com a qualidade nutricional dos alimentos que estão sendo oferecidos em vários setores e principalmente nas instituições de ensino. É visível o predomínio da oferta de carboidratos, associado à carência de frutas e verduras. Soma-se a isso, a reduzida prática de atividade física. Para corroborar, percebe-se ainda o baixo número de profissionais especialistas (nutricionistas e professores de educação física) atuando nas ações de combate à obesidade do adolescente.

O PNAN deve ser implementado pelos gestores do SUS nas três esferas de administração, estabelecendo parcerias e articulações com Planos de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional. O acompanhamento nutricional e de saúde do público assistido pelos programas de transferência de renda deverão ser cobertos pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). (BRASIL, 2012).

Na esfera federal, a Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE) tem executado o projeto “BRASIL 3 TEMPOS”, com o propósito de desenvolver estratégias e ações que auxiliem o governo na execução de políticas públicas para a promoção do crescimento econômico e da inclusão social. A SAE tem atuado, em consonância com diretrizes governamentais, no sentido de identificar questões sociais e também de avaliar e formular políticas públicas. Nesse contexto, aquela secretaria tem por propósito identificar os pontos fortes dos atuais programas e ações, bem como as oportunidades de melhoria. Dentre as Treze Diretrizes de Governo estipuladas pela Presidência da República para o período 2011/2014 esta a área da juventude. (BRASIL, 2012c).

Ao falar de políticas de alimentação e nutrição, é importante saber que durante a II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada em Olinda (PE), em 2004, foi criada a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN (Lei 11.346). Esta cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), utilizado pelos governos municipais, estaduais e federal para formular políticas que garantam o direito à alimentação. (CONSEA PARANÁ, 2012).

Considerando o Fome Zero, o Decreto n. 6272 de 2007 dispõe sobre as competências, a composição e o funcionamento do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA. O Decreto n. 6273 de 2007 cria, no âmbito do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. O Decreto n. 7272 de 2010 regulamenta a Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN, com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada; institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PNSAN; estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. A Ementa constitucional n. 64 de 2010 altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social.

Como pode se visto a seguir, o Estado, com base em leis e decretos, também deve desenvolver programas de proteção social do adolescente em relação à alimentação e nutrição.

PROTEÇÃO SOCIAL DO ADOLESCENTE – ESFERA ESTADUAL - PARANÁ

Ao considerar a proteção do adolescente no estado do Paraná, verifica-se a Lei n. 15.791 de 2008, que institui a Política Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN/PR. A Lei n. 16.565 de 2010 estabelece as definições, princípios, diretrizes, objetivos e composição do Sistema Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN/PR. O Decreto n. 1.556 de 2003 institui e regulamenta o funcionamento do Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA/PR. O Decreto n.8.745 - 16/11/2010 institui a Câmara Governamental Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN/PR).(PARANÁ, 2011).

Segundo a legislação, o CONSEA/PR é o espaço de articulação entre o Governo do Paraná, sociedade civil organizada e Governo Federal, que tem caráter consultivo, com a função de propor políticas, programas e ações que configurem o direito humano à alimentação como parte integrante do direito de cada cidadão.

Analisando as competências do CONSEA/PR, verifica-se que apenas duas poderão ser associadas ao combate à obesidade do adolescente: “III. Incentivar parcerias que garantam mobilização e racionalização no uso de recursos disponíveis” e “IV. Promover e coordenar campanhas de conscientização da opinião pública”. As outras cinco competências existentes se preocupam com a questão da pobreza e da fome. CONSEA/PR.

Em maio de 2012, foram assinados três decretos que criam mecanismos para o desenvolvimento e reforço das políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes no Paraná. Isso ocorreu durante a abertura da 8ª Conferência Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, promovida pela secretária da Família e Desenvolvimento Social e pelo Conselho Estadual da Criança e do Adolescente (CEDCA). Um dos decretos forma o comitê interinstitucional que irá elaborar o Plano Decenal do Paraná dos Direitos da Criança e do Adolescente. O documento deve definir diretrizes para as políticas públicas e o cumprimento dos direitos da população mais jovem, além de realizar um mapeamento do perfil deste público no Estado.

Em 2007 ocorreu uma oficina sobre Estratégias de Promoção da Alimentação Saudável Para o Nível Local, onde foram discutidas a incorporação de objetivos, prioridades e metas sobre este tema nos planos de implementação da alimentação saudável para o nível local e também para as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho teve como objetivos discutir as estratégias que podem ser priorizadas em nível local para promoção da alimentação saudável; atualizar informações teóricas referentes à promoção da alimentação saudável no âmbito local; discutir a integração de agendas intersetoriais, apontando estratégias de atuação para outros setores. Os resultados foram organizados em três eixos de ação.

Foi verificado que das ações discutidas, algumas têm relação direta com a prevenção do sobrepeso e da obesidade, como: implementar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para o monitoramento do perfil nutricional da população nas diferentes fases do curso da vida, como eixo para planejamento e avaliação das ações de promoção da saúde; capacitar recursos humanos para a ampla divulgação dos princípios da alimentação saudável, da atividade física e saúde; trabalhar com programas educativos com metodologia adequada, de caráter geral e diferenciada por grupos e locais específicos, como oficinas em supermercados, farmácias, escolas, consultórios e locais de trabalho; melhorar a articulação entre as áreas técnicas (saúde da criança, do adolescente, da mulher, do idoso, das DCNT's, entre outras), nas três esferas de gestão da saúde (municipal, estadual e federal); articular a política de alimentação e nutrição em todas as áreas programáticas do SUS (Assistência,

Epidemiologia, Vigilância Sanitária, etc) nos diversos níveis de gestão, aproveitando as diretrizes da Estratégia Global da Organização Mundial de Saúde para Nutrição, Atividade Física e Saúde; construir, a partir da gestão pública, parcerias locais governamentais (Ministério Público, Secretaria de Educação, Esportes, Abastecimento, etc) e não governamentais (empresas, ONG's, OSCIP's); discutir e aprofundar a parceria com as universidades, com os Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição (CECAN's) e com os Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição do Escolar (CECANE's); articular a participação dos representantes das várias secretarias (Saúde, Ação Social, Educação e outras), estaduais e municipais, nos fóruns de discussão de alimentação e nutrição, visando a implementar ações neste eixo; subsidiar as secretarias de educação (estaduais e municipais) para incluir a discussão de promoção da alimentação saudável no Projeto Pedagógico; fomentar a inclusão da discussão da Promoção da Alimentação saudável na pauta dos Conselhos de Saúde, Criança e Adolescente, PAE, CONSEA, CAE e outros; incentivar campanhas de mídia sobre alimentação saudável; apoiar uma futura proposta de regulamentação nacional para propaganda e comercialização de alimentos na escola, investindo em abordagem educativa com a comunidade escolar. (BRASIL, 2007).

Considerando as diretrizes nacionais e estaduais, fica a cargo do município elaborar a sua política local de segurança alimentar e nutricional.

PROTEÇÃO SOCIAL DO ADOLESCENTE – ESFERA MUNICIPAL – PONTA GROSSA

O conselho municipal de alimentação de um município é o responsável por elaborar diretrizes para implantar o plano e a política local de segurança alimentar e nutricional, em sintonia com as diretrizes traçadas pelos conselhos estadual e nacional, bem como com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Deve orientar a implantação de programas sociais ligados à alimentação, estabelecendo diretrizes e prioridades e articular a participação da sociedade civil. Tem como objetivos e competências: a) propor as diretrizes gerais para a elaboração e implantação do Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional e para a implantação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional no município, implementadas pelo seu órgão executor e demais órgãos e entidades envolvidos no estado ou município; b) articular e mobilizar a sociedade civil organizada; c) realizar e/ou patrocinar estudos que fundamentem as propostas ligadas à segurança alimentar e nutricional; d) criar câmaras temáticas para acompanhamento permanente de temas fundamentais na área

da segurança alimentar; e) promover a participação e o controle social; e f) Contribuir para a inserção do estado/município no Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SI-SAN). (CONSEA, 2011).

Com o propósito de implementar as estratégias de promoção da alimentação saudável para o nível local, e tendo em vista a proteção social do adolescente no município de Ponta Grossa, Paraná, o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional foi criado em 2003, de acordo com a Lei 7390/03 / Lei n. 7.390 de 17 de novembro de 2003. Esta lei instituiu, também, o Fundo Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Ponta Grossa.

Tendo em vista o estabelecido pelo Ministério da Educação, através da Resolução n. 32/FNDE/CD/CAE/PNAE, de 10 de agosto de 2006, e suas alterações; e Portaria Interministerial n. 1.010, de 8 de maio de 2006, do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, e tendo em vista, ainda, o contido no protocolado n. 0910112/2008, a prefeitura de Ponta Grossa sancionou, em 22 de abril de 2008, o Decreto 2.090/08. Este decreto dispõe sobre o Regimento Interno do Conselho de Alimentação Escolar (CAE).

A Prefeitura de Ponta Grossa desenvolve programas e projetos como a Sopa da Prefeitura, Feira Verde, Unidade de Produção de Alimentos (UPA), Mercado da Família e o Restaurante Popular. Possui Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), que são unidades de atendimento que servem para facilitar o acesso da população que vive em áreas mais distantes do centro da cidade e com maior concentração de pobreza aos programas existentes. Através deles, os indivíduos e as famílias são inseridos nos programas, projetos e serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). As equipes dos CRAS devem fornecer orientações sobre Bolsa Família, Benefícios de Prestação Continuada, serviços de convivência para idosos, crianças e adolescentes, cursos de capacitação profissional, entre outros programas.

Com relação às Ações de Proteção Social Básica, existe em Ponta Grossa o Cadastro Único do Governo Federal (CadÚnico), que é um instrumento de coleta de dados, avaliação e planejamento de ações sociais. Em Ponta Grossa, mais de 19 000 famílias estão cadastradas no CadÚnico, ou seja, aproximadamente 100 mil pessoas. Em Ponta Grossa, 11 mil famílias são beneficiadas pelo programa Bolsa Família.

A Unidade de Produção de Alimentos produz e embala alimentos em cozinha própria. São produzidos pães, leite de soja, suco e macarrão. Com esses alimentos, a UPA atende unidades assistenciais e educacionais, entre Ações Sociais, Entidades Sociais da Rede e Projetos Sociais, como o Sanduíche da Prefeitura e o Lanche da Saúde. (PONTA GROSSA, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil, país em desenvolvimento, com índices ora semelhantes a países desenvolvidos, ora semelhantes a países de extrema pobreza, tem buscado corrigir sua mazelas com políticas públicas voltadas, em sua maioria, para a carência nutricional de sua população. Por outro lado, sofre cada vez mais a influência cultural de países de primeiro mundo, sendo marcante, nos dias atuais, a presença de hábitos norte americanos na forma como o brasileiro tem se alimentado.

Boa parte das políticas existentes na atualidade busca resolver o problema da desnutrição. Tal fato se deve ao histórico nutricional da população brasileira, visto que, hoje, ainda há casos de desnutrição, mas são, muitas vezes, casos de “fome oculta”, ou seja, carências específicas de vitaminas e minerais.

O recente crescimento da economia, permitindo que maior número de pessoas tenha acesso a produtos que no passado eram restritos a camadas mais privilegiadas, aliado a maior disponibilidade de produtos processados e ao abandono quase que total de uma alimentação saudável, rica em frutas e verduras, provocou o aumento no número de pessoas com sobrepeso e obesidade, fato este observado nos adolescentes da nossa sociedade.

O país tem procurado aperfeiçoar cada vez mais as políticas voltadas para a alimentação e nutrição. Falta, ainda, em muitos municípios, a implantação do sistema de vigilância alimentar e nutricional, de forma a propiciar aos gestores públicos um mapa mais específico da situação nutricional da população.

A implementação de muitas estratégias de combate à obesidade dependem da inserção de profissionais nutricionistas e professores de educação física em vários segmentos da sociedade, trabalhando com educação nutricional, orientação nutricional e práticas de atividade física. Além disso, os líderes políticos precisam priorizar a construção de estruturas que comportem essas práticas preventivas, dentro e fora do ambiente escolar.

Sendo a escola um dos locais mais adequados para educar a criança e o adolescente, faz-se necessária a apresentação de um ambiente propício no que se refere à alimentação adequada. Deve haver a disponibilização de alimentos saudáveis. Para tal, as cantinas devem ser fiscalizadas, de forma que evitem a distribuição de alimentos pouco nutritivos. Deve-se, ainda, restringir a entrada, por parte dos alunos, de lanches pouco saudáveis. As empresas terceirizadas que prestam serviço de alimentação para escolas municipais devem ser

fiscalizadas quanto à qualidade nutricional do que está sendo servido e as escolas que produzem suas próprias merendas devem buscar fornecer alimentos nutritivos e não apenas aqueles ricos em carboidratos.

Sabe-se que há carência de alimentos in natura, incluindo frutas e verduras, devido à dificuldade de aquisição e armazenamento. A adoção da horta escolar pode solucionar esta questão.

Canais locais de televisão e rádio podem ser empregados de forma contínua como meio de veicular educação nutricional à população. Os postos de saúde necessitam da presença de profissionais que trabalhem com medicina preventiva, através de reuniões e palestras para grupos distintos.

A mídia, bem como a direção das escolas, deve buscar a sensibilização da população, particularmente dos adolescentes, de forma a incentivar o consumo de alimentos saudáveis, pois, muitas vezes, o aluno que tem um hábito alimentar mais saudável sente-se mal em levar frutas como lanche, devido a pressão por parte dos colegas.

Há necessidade de maior rigor por parte dos órgãos responsáveis pela liberação de produtos alimentícios, pois, com a devida cautela, pode-se evitar o registro e a consequente comercialização de produtos nocivos à saúde.

Esforços combinados podem trazer maiores benefícios para o cidadão. Resta saber se a teoria transformar-se-á em prática que permita alavancar o bem estar social, de forma a permitir melhores condições devida para a população que será no futuro a liderança do país, ou seja, o adolescente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. S., NASCIMENTO, P. C. B. D., QUAIOTI, T. C. B. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 353-355, jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n3/10500.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2012.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: Tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, supl. 1, S181-S191, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a19v19s1.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Estratégias de promoção da alimentação saudável para o nível local**: (Relatório da oficina de trabalho do I Seminário sobre Política Nacional de Promoção à Saúde). Brasília, 2007. Disponível em:

<http://nutricao.saude.gov.br/docs/geral/doc_tecnico_pas_nivel_local.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

_____. _____. _____. _____. **Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacao_sobre_bolsa_familia.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2012.

_____. _____. _____. _____. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:
<<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2012b.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série I. História da Saúde no Brasil). Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf>. Acesso em: 18 maio 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 12.010, de 3 de agosto de 2009.** Dispõe sobre adoção; Altera as Leis n. 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; Revoga dispositivos da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1 de maio de 1943; e dá outras providências.

_____. _____. _____. _____. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 27 maio 2012.

_____. _____. Secretaria de Assuntos Estratégicos. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Edital 001/2012 - Projeto BRA/06/032. Código: Projetos.** Disponível em: <<http://www.sae.gov.br/site/wp-content/uploads/Edital-001-2012-TOR-SSAE-SUBS%C3%8DDIOS-T%C3%89CNICOS.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2012c.

CONSEA. **Como criar o Conselho Municipal de Segurança Alimentar Nutricional.** Brasília: CONSEA, 2011. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/conselhos-estaduais/documentos-conseas-estaduais/como-criar-o-conselho-municipal-de-seguranca-alimentar-e-nutricional>>. Acesso em: 18 maio 2012.

CONSEA PARANÁ. Legislação. **Leis Nacionais e Estaduais.** Disponível em:
<<http://www.consea.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=536>>. Acesso em: 19 maio 2012.

COUTINHO J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24,

supl. 2, S332-S340, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/18.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2012.

KAC, G.; VELASQUEZ-MELENDZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, supl. 1, pp. S4-S5, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a01v19s1.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2012.

LEAL, M. C.; BITTENCOURT, S. A. Informações nutricionais: o que se tem no país. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 551-555, jul./set, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0181.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2012.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 3, p. 173-182, maio/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n3/v80n3a04.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2012.

OLIVEIRA, C. L.; et al. Obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 2, p. 237-245, abr./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v17n2/21136.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2012.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social. Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Conferências Regionais dos Direitos da Criança e do Adolescente: Orientações Gerais**. Paraná, 2011. 31 p. Disponível em: <http://www.cedca.pr.gov.br/arquivos/File/VIII_Conferencia_dos_Direitos_das_Criancas_e_do_Adolescente/Orientacoes_Conferencias_Regionais.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2012.

PONTA GROSSA (Prefeitura). **Política pública de assistência alcança mais de 100 mil pessoas**. 2010. Disponível em: <<http://www.pontagrossa.pr.gov.br/node/9350>>. Acesso em: 18 maio 2012.

SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n.1, p. 35-47, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/04.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2012.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 185-194, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a24v15n1.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2012.