

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 milênio 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 Sichert & 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

aqui apresentados já representariam um subproduto de reflexões e sugestões oportunizadas pelo artigo e que podem ser reunidas em dois grupos: o primeiro, de ordem conceitual e metodológica, e o segundo aplicado mais restritivamente à particularidade de alguns resultados, conclusões e perspectivas.

Ressalta-se que os estudos sobre eventos comportamentais não são bem resolvidos com abordagens quantitativas. É o caso típico do desmame precoce, estudado durante décadas com questionários que, quase invariavelmente, implicavam resultados concordantes (e falsos!) sobre a insuficiente produção de leite, doença da mãe e da criança, leite “fraco” ou “doce”, recusa da criança, ocupação da mãe etc., quando, de fato, outras *razões ocultas* não eram investigadas, como a questão da imagem corporal, a comodidade da alimentação heteróloga, o modismo do leite em pó e até a *causa* feminista (a amamentação estabelecia assimetria de deveres entre pais e mães).

O que é um bom resultado? Em relação à prevenção ou tratamento da obesidade, semelhanças estatísticas de respostas comparativas com as campanhas contra as drogas, o alcoolismo, o grupo DST/AIDS seriam pertinentes e legítimas? Pode-se até dizer que mesmo a estabilização num determinado nível de prevalência (20%, por exemplo) sem uma redução idealizada para 10%, seria um bom resultado, quando a tendência do problema seja de crescimento progressivo pela acumulação de novos casos. Exemplificando: na Paraíba, o estudo (a ser publicado) de uma população singularmente pobre demonstrou que a prevalência de sobrepeso/obesidade em adolescentes era de 12,4%, elevando-se para 44,3% na faixa de 20-39 anos, e para 58,5% no grupo de 40 anos e mais. Assim, se a situação prospectiva dos adolescentes de então se mantivesse para as faixas etárias subseqüentes, já seria um resultado marcantemente positivo. É evidente que não se dispõe de estudos de coortes atuais que possam iluminar este questionamento, de modo que a situação só pode ser analisada com as limitações do método ecológico.

Um fundamento conceitual (e até paradigmático) consiste em observar que, no curso de 200 anos, o domínio das condutas coletivas deslocou-se da hegemonia política – quase 150 anos – para o econômico e social (50 anos), chegando, finalmente, ao cultural propriamente dito nos últimos 15 anos. É nesse novo contexto, articulando e sobrepondo-se ao econômico, ao político e ao social, que deve ser compreendida a situação atual e suas projeções mais próximas³. A epidemiologia e seu braço execu-

tivo – a saúde pública – ainda não dão conta da natureza e extensão do novo desafio. Assim, as formulações setoriais de seu objeto e método de estudo tornam-se necessariamente reducionistas, mesmo que, de forma timidamente experimental, se possa recorrer a contribuições de outros domínios. O ambiente obesogênico não é um fatalismo irreversível: a nova cultura e os novos papéis de governo, até a nova ética do desenvolvimento humano, incorporando as lições da ciência e da técnica, podem mudar a situação.

Em verdade, só muito recentemente a questão do sobrepeso/obesidade e co-morbidades associadas ganhou *status* de interesse público, por sua visibilidade epidemiológica. Com pouca acumulação histórica, as revisões sistemáticas e os estudos meta-analíticos deixam de apresentar a necessária consistência como leitura temporal, pois os experimentos de intervenção, em grande parte restritos a períodos de 1 a 3 anos, naturalmente se tornam inadequados para situações que são essencialmente crônicas, cursando ou interessando ao próprio ciclo da vida.

Seria interessante que os autores resgatassem as experiências bem sucedidas do controle do tabagismo nos países nórdicos nos últimos 50 anos e da redução bem mais lenta do sobrepeso/obesidade na população adulta, na Escandinávia. Em contraponto – e até surpreendentemente – no Brasil, em pouco mais de 15 anos, a diminuição da obesidade em mulheres adultas oferece sinais de uma redução consistente nos estados do sul e sudeste, o mesmo não acontecendo na população de homens adultos.

No mesmo sentido, convém lembrar o novo cenário que começa a se estabelecer em relação ao consumo de legumes, frutas e verduras em 15 capitais brasileiras, em avaliações de adultos e adolescentes. Embora sem uma linha de base obedecendo à mesma metodologia, os resultados comparativos com o *Estudo Nacional da Despesa Familiar* (ENDEF 1974-1975), ou com estudos qualitativos do consumo reproduzidos em seqüência no Estado de Pernambuco, Brasil, parecem evidenciar uma mudança consistente de hábitos, no sentido de diversificar a dieta na direção de práticas alimentares mais saudáveis. Pode-se questionar que os novos hábitos de consumo de maiores de 50 anos derivariam de recomendações clínicas específicas, tendo caráter dietoterápico, não representando necessariamente hábitos de promoção de saúde. Mas, por que os adolescentes passam a se comportar de forma bastante parecida?

São evidências ainda preliminares, mas promissoras. Na visão da nova cultura que está se estabelecendo, o estatuto (vamos chamá-lo as-

sim) da alimentação e estilos de vida saudáveis começa a ganhar espaço.

1. Castro J. Geografia da fome. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Griphus; 1992.
2. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Food Nutr Bull 2004; 25:292-302.
3. Touraine A. Um novo paradigma: para compreender o mundo de hoje. Petrópolis: Editora Vozes; 2005.

Iná S. Santos

*Programa Pós-graduação em
Epidemiologia, Universidade
Federal de Pelotas, Pelotas,
Brasil.
inasantos@uol.com.br*

Inicialmente gostaria de agradecer a oportunidade de analisar o manuscrito e, ao mesmo tempo, cumprimentar as autoras pela abrangência e profundidade com que apresentaram um tema que tem sido alvo de inúmeras estratégias de tratamento e prevenção, qual seja o sobrepeso na infância e na adolescência. As autoras abordam o tema de forma clara, concisa, atualizada, destacando métodos e resultados de um imenso volume de pesquisas desenvolvidas nessa área nos últimos anos.

Meu questionamento baseia-se no que ficou claro a partir do manuscrito, ou seja, a evidência de que o modelo conceitual de causalidade do sobrepeso na infância e adolescência é complexo e, apesar do número de pesquisas na área, ainda incompletamente compreendido. Os resultados dos estudos conduzidos até então indicam a concorrência de fatores da esfera social, ambiental, familiar e individual na determinação do sobrepeso¹. As intervenções dirigidas a crianças e adolescentes em risco de sobrepeso ou às que já apresentam sobrepeso têm focado na família ou na escola, além de na própria criança ou adolescente. As intervenções propostas têm variado desde modificações na dieta ou no consumo de alimentos específicos (como doces, refrigerantes, sucos de fruta açucarados e alimentos gordurosos), até a promoção da atividade física e a redução do número de horas para assistir à televisão ou jogar jogos eletrônicos. A acanhada taxa de sucesso dessas intervenções, no entanto, indica que há lacunas no conhecimento sobre o efeito da complexa teia de fatores promotores e facilitadores do sobrepeso nessa faixa etária.

Com base nessas evidências, minha primeira pergunta é: em nosso meio, quais as principais lacunas no conhecimento que precisam ser preenchidas antes que novas intervenções possam

ser planejadas com maior chance de sucesso? Em outras palavras, quais seriam as recomendações aos pesquisadores para futuras investigações na área do sobrepeso na infância e na adolescência no Brasil?

O papel do ambiente no que concerne à oferta e ao preço de alimentos não saudáveis tem sido destacado na literatura² como fator obesogênico. Na opinião das autoras, qual seria o cenário ideal em termos de políticas públicas de saúde e regulamentação de alimentos, com chance de impactar positivamente o combate ao sobrepeso entre as crianças e os adolescentes do Brasil?

1. Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: the skinny on interventions that work. Psychol Bull 2006; 132:667-91.
2. Johnson-Taylor WL, Everhart JE. Modifiable environmental and behavioral determinants of overweight among children and adolescents: report of a workshop. Obesity (Silver Spring) 2006; 14:929-66.