

POLÍTICAS PÚBLICAS VISANDO O CONTROLE DA OBESIDADE

Universidade de São Paulo/Escola de Comunicações e Artes
Departamento de Relações Públicas, Propaganda e Turismo – São Paulo
devani.salomao@gmail.com

RESUMO

A obesidade é exposta na área da saúde como uma epidemia mundial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS, 2014). Suas causas são várias, uma vez que os aspectos socioeconômicos, escolaridade, hábitos alimentares e valores culturais têm impacto sobre a incidência dessa enfermidade, que é um fator de risco

para outras doenças crônicas não transmissíveis. Por isso as ações para contê-la estão vinculadas a várias áreas: políticas públicas, comunicação pública, custo da saúde, fármacos, educação relacionada à alimentação, atividades físicas e qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: comunicação pública, custos da saúde, obesidade, políticas públicas.

PUBLIC POLICIES AIMING OBESITY CONTROL

ABSTRACT

Obesity is exposed in the health area as a worldwide epidemic (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2014). Its causes are many, as socioeconomic factors, education, eating habits and cultural values have an impact on the presence of this infirmity, which is a risk factor for other non-communicable chronic

diseases. Therefore, actions to contain it are linked to several areas, namely: public policies, public communication, cost of health care, pharmaceuticals, food related education, physical activities and quality of life.

KEY-WORDS: public communication, health care costs, obesity, public policies.

POLÍTICAS PÚBLICAS VISANDO O CONTROLE DA OBESIDADE

INTRODUÇÃO

Para Medici (2014), três fatores continuarão interferindo na dinâmica das políticas públicas na área da saúde nos próximos anos. O primeiro deles é o envelhecimento da população mundial, com o crescimento da incidência de doenças crônicas e o decorrente aumento dos gastos governamentais. O segundo é a pressão crescente internacional, liderada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em universalizar a atenção à saúde ao nível mundial – uma versão modificada do que saiu ao final dos anos 1970 na Conferência Alma Ata, com a proposta de Saúde para todos no ano 2000 (DECLARAÇÃO DA ALMA, 1978). A saúde faz parte também dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), da Organização das Nações Unidas – ONU para 2015. O terceiro é o avanço nas pesquisas e na inovação tecnológica, dado que o setor continua sendo a incubadora da ponta tecnológica em áreas como medicamentos, imunobiológicos, equipamentos e sistemas de informação médicos.

Entretanto, alguns prognósticos mostram que, apesar destas tendências, determinados problemas para a área da saúde tendem a crescer. Muitos governos, em nível mundial, estão preocupados com a tendência do aumento dos gastos na área, em consequência dos fatores decorrentes do envelhecimento mundial da população e sobretudo com a endemia da obesidade.

A obesidade evidencia-se como epidemia global, e os esforços para sua prevenção são incipientes. As previsões, na área da saúde, sugerem que as altas taxas de obesidade serão calamitosas para o bem-estar e gastos da população, assim como da saúde pública. Os governos, sejam eles federal, estaduais ou municipais, deveriam se preocupar com a sua prevenção, mas até agora poucos têm mostrado boa administração nesse sentido. A base de evidências sobre como prevenir a obesidade é limitada e precisa ser ampliada para além de estudos randomizados controlados e incluir as avaliações de experiências, mudanças de políticas públicas e análises de custos (GORTMAKER, 2011). Esse quadro não será revertido sem a liderança dos governos, regulação e investimento em programas, monitoramento dos mesmos e pesquisa.

Definição de obesidade

Na sua forma mais básica, as palavras "sobrepeso" e "obesidade" são maneiras de descrever com muita gordura corporal. A medida mais comumente utilizada de status de peso hoje é o índice de massa corporal, ou IMC.

IMC usa um simples cálculo baseado na relação entre a altura de uma pessoa e de peso ($IMC = kg/m^2$). Décadas de pesquisa demonstraram que o IMC fornece uma boa estimativa da "gordura" e também se correlaciona bem com os resultados de saúde importantes, como doenças cardíacas, diabetes, câncer e mortalidade global. Um IMC entre 18,5 e 24,9 é considerado saudável para homens e mulheres adultos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um IMC de 30 significa obesidade e

um índice acima de 30 é considerado obesidade severa. Em 28 anos, o IMC aumentou tanto entre homens quanto entre mulheres. No planeta, 1,46 bilhão de adultos registram sobrepeso. A obesidade quase dobrou, afetando 205 milhões de homens e 297 milhões de mulheres, ou seja, 9,8% dos homens e 13,8% das mulheres.

Uma importante categoria de obesidade não capturada pelo IMC é a chamada "obesidade abdominal", o excesso de gordura encontrado em torno da média, que é um fator importante na saúde, mesmo independente do IMC. A medida mais simples e mais frequentemente usado de obesidade abdominal é o tamanho da cintura. Diretrizes geralmente definem a obesidade abdominal em mulheres como um tamanho da cintura de 35 polegadas ou mais, e em homens como um tamanho da cintura de 40 polegadas ou mais.

Causas da obesidade

Para muitas pessoas, a obesidade e o sobrepeso são causados por um desequilíbrio no metabolismo energético (Teichmann, Olinto, Costa, & Ziegler, 2006). O peso corporal é determinado pelo balanço entre a quantidade de energia ou calorias que são ingeridas (vindas de alimentos ou bebidas) e a quantidade de energia ou calorias que são gastas (atividades físicas, por exemplo). Em suma, quando se ingere mais calorias do que se gasta, há ganho de peso. Quando se ingere menos calorias do que se gasta, há perda de peso. Quando quantidades iguais de calorias são ingeridas e gastas, o peso se mantém.

Vários fatores contribuem para a obesidade, além do desequilíbrio do balanço energético. Dentre eles, podemos citar os seguintes: sedentarismo (ou falta de atividades físicas); fatores ambientais (falta de espaço para lazer, falta de tempo para praticar atividades físicas para pessoas que trabalham muito, grande quantidade de "fast foods" e lanchonetes de lanches rápidos, dificuldade de encontrar alimentos saudáveis em determinados locais); fatores genéticos e história familiar: as chances de um filho se tornar obeso são grandes quando os pais também são obesos; problemas de saúde: Algumas vezes, problemas hormonais podem causar sobrepeso e obesidade, como o hipotireoidismo (redução ou falta do hormônio tireoideano), síndrome de Cushing (excesso de produção do hormônio cortisol pela glândula adrenal) e síndrome dos ovários policísticos (além da obesidade, esta doença pode causar também excesso de pelo, problemas de infertilidade, e outros problemas de saúde por conta da produção de excesso de hormônios androgênicos); medicamentos: alguns medicamentos podem levar a ganho de peso, como os corticosteróides, alguns tipos de antidepressivos e algumas medicações utilizadas para tratamento da epilepsia; fatores emocionais: algumas pessoas comem mais quando estão chateadas, estressadas ou nervosas; idade: ao envelhecer, a massa muscular corporal tende diminuir, reduzindo também o gasto energético, favorecendo o ganho de peso; gravidez: durante a gestação há uma maior tendência em ganho de peso em determinadas mulheres. Após o parto, às vezes fica difícil perder peso, podendo levar ao sobrepeso ou obesidade e insônia.

Porque a obesidade está aumentando

Em 2008, mais de um em cada 10 adultos no mundo era obeso, revela o estudo, de 2011, coordenado por Majid Ezzati, do Imperial College de Londres, e Salim Yusuf e Sonia Anand, do Instituto de Estudos da População/Saúde de Hamilton, Canadá, que examinaram a evolução do sobrepeso entre 1980 e 2008 nas pessoas acima de 20 anos. Entre os países ricos, os Estados Unidos lideram o ranking da obesidade, seguidos pela Nova Zelândia, enquanto a população do Japão é a menos afetada pelo sobrepeso.

Obesos no mundo

Entre os países ricos, os Estados Unidos, que já tinham a população com maior taxa de obesidade em 1980, permanecem em primeiro lugar, com um IMC de 28,5, seguido por Nova Zelândia e Austrália entre as mulheres, e Grã-Bretanha e Austrália entre os homens. O Japão tem o menor IMC (22 para os homens e 24 para as mulheres) entre os indivíduos com maior renda. As mulheres de Bangladesh registram o menor índice entre as mulheres, enquanto a República Democrática do Congo é a primeira entre os homens.

Caso único na Europa ocidental e raro no cenário mundial é o da Itália, onde o IMC das mulheres caiu nos últimos 28 anos. Na Bélgica, Finlândia e França, o índice de massa corporal das mulheres registrou leve alta.

As suíças são as mulheres mais magras da Europa, seguidas pelas francesas e italianas, enquanto os europeus mais magros são os franceses. O estudo recorda que o sobrepeso, que é produto da má alimentação e da falta de atividade física, aumenta o risco de doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão arterial e algumas formas de câncer. O problema seria a origem de três milhões de mortes por ano.

Obesos no Brasil

O Brasil manteve o índice da população acima do peso em 2013 em relação a 2012, segundo a pesquisa feita pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel, do Ministério da Saúde. Os dados foram coletados em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal.

O estudo, divulgado em 30 de abril de 2014, indica que 50,8% dos brasileiros estão acima do peso ideal e 17,5% são obesos. O índice é praticamente o mesmo da pesquisa anterior, que apontou que 51% da população tem excesso de peso, sendo que 17,4% eram obesos. Essa pesquisa, baseada em dados de 2011, apontava que 48,5% da população tinha excesso de peso. Em 2006, primeiro ano avaliado pela pesquisa, esse índice era de 43%.

Os números nas capitais brasileiras

Segundo o Ministério da Saúde, Porto Alegre é a capital que possui a maior quantidade

de pessoas com excesso de peso (55,4%), seguida por Fortaleza (53,7%) e Maceió (53,1%). Já na lista das capitais que possuem o menor índice de pessoas com sobrepeso estão São Luís (39,8%), Palmas (40,3%), Teresina (44,5%) e Aracaju (44,5%). São Paulo apresenta 47,9% de pessoas com excesso de peso. A proporção no Rio de Janeiro é de 49,6%, e no Distrito Federal é de 49,1%.

Já a capital com mais obesos é Macapá (21,4%), seguida por Porto Alegre (19,6%), Natal (18,5%) e Fortaleza (18,4%). As capitais com menor quantidade de obesos são: Palmas (12,5%), Teresina (12,8) e São Luís (12,9%).

Em São Paulo, a proporção de obesos é de 15,5%, no Rio de Janeiro é percentual é de 16,5%, enquanto no Distrito Federal os obesos representam 15% da população.

Influência do ambiente

De modo recente, características do ambiente no qual as pessoas convivem, como nível socioeconômico da vizinhança, disponibilidade e acesso para a aquisição de gêneros alimentícios saudáveis, oportunidades para a prática de atividade física e deslocamento a pé ou de bicicleta, têm sido propostas como fatores associados à epidemia de obesidade em diversos países (HANDY et al., 2002; JANSSEN et al., 2006; POPKIN; DUFFEY; GORDON-LARSEN, 2005). Quando tais ambientes incentivam a inatividade física e as escolhas alimentares não saudáveis, eles são caracterizados como obesogênicos e, por isso, responsáveis por promoverem a obesidade (SWINBURN; EGGER; RAZA, 1999).

O termo ambiente obesogênico surgiu na década de 1990 como mais uma hipótese para explicar a epidemia mundial de obesidade. Foi definido por Swinburn, Egger e Raza (1999, p. 564) como “an environment which is defined as the sum of the influences that the surroundings, opportunities or conditions of life have on promoting obesity in individuals and population”. Desta forma, o ambiente obesogênico diz respeito às influências que o ambiente e as oportunidades ou condições de vida têm nas escolhas por parte dos indivíduos e populações de hábitos de vida que promovam o desenvolvimento de obesidade. O termo abarca toda a gama de condições sociais, culturais e infraestruturais que têm impacto na capacidade do indivíduo para seguir um estilo de vida saudável em relação tanto à alimentação quanto à prática de atividade física. Os mesmos autores ainda citam o ambiente leptogênico, que se opõe ao ambiente obesogênico, uma vez que promove escolhas saudáveis de estilo de vida em relação tanto à alimentação quanto à prática de atividades físicas.

Diante desse contexto, acredita-se que a atual epidemia de obesidade seja resultante da combinação de fatores genéticos complexos e de um ambiente obesogênico. Ou seja, a susceptibilidade à obesidade é em parte determinada pela genética, mas para sua expressão fenotípica é necessário um ambiente obesogênico (EGGER; SWINBURN, 1997; LOOS; BOUCHARD, 2003).

No que diz respeito à relação entre fatores genéticos e ambientes obesogênicos, Loos e Bouchard (2003) sugerem que para as formas mais comuns da obesidade é possível dividir as pessoas em quatro grupos: a) com obesidade genética; b) com forte predisposição genética; c) com predisposição leve para a obesidade; d) geneticamente resistentes à

obesidade. De acordo com os autores, em relação ao primeiro grupo (obesidade genética), aqueles com forte predisposição em um ambiente que não seja obesogênico provavelmente seriam pessoas com excesso de peso, porém, tornam-se obesos e potencialmente obesos severos (mórbidos) em um ambiente obesogênico. O terceiro grupo em um ambiente que não promova a obesidade pode ter peso normal ou estar levemente acima do peso, mas em ambiente obesogênico também podem ser obesos.

Bouchard (2007) explica que a atual epidemia de obesidade está relacionada a quatro fatores principais: ambiente construído; ambiente social; comportamento; e fatores biológicos de cada indivíduo. Assim, um ambiente obesogênico favorece a adoção de comportamentos obesogênicos, por exemplo, consumo de refeições com alta densidade energética e aumento do tempo em atividades sedentárias, os quais irão influenciar, em maior ou menor escala, o balanço energético e o ganho de peso de um indivíduo, dependendo de sua predisposição genética/biológica.

Assim, o desafio é a promoção de escolhas mais saudáveis por meio de mudança ambiental, já que essa medida possui efeito mais duradouro na transformação comportamental dos indivíduos, uma vez que essas escolhas se incorporam nas estruturas, nos sistemas, nas políticas e em normas socioculturais (SWINBURG et al., 1999).

O desenvolvimento econômico e a urbanização determinaram as modificações no estilo de vida da população, traduzidos por padrões alimentares discutíveis e por modelos de ocupação predominantemente sedentários, favorecendo o aumento de peso e, portanto, a obesidade (OLIVEIRA et al., 2003). Isso tem ocorrido predominantemente em países desenvolvidos e urbanizados. Entretanto, a formação dos hábitos alimentares transcende as questões geográficas e econômicas.

Fischer (1990), citado por Oliveira e Thébaud-Mony (1996), afirma que alguns alimentos e hábitos de consumo remetem a uma hierarquização, indicando o fenômeno de ascensão e de distinção sociais. De acordo com o autor, os grupos em ascensão imitariam o consumo das classes dominantes. Por outro lado, Oliveira e Thébaud-Mony (1996) afirmam que as mudanças nos hábitos alimentares, próximos do modelo agroindustrial, e a manutenção de modelos alimentares nacionais mostram que não se trata de um simples processo de mimetismo ou ocidentalização. Argumentam que, mesmo com a transferência do modelo e dos processos de produção, em função do contexto socioeconômico, histórico e cultural do país, fizeram-se necessárias adaptações, que levaram a uma maior diversificação dos hábitos e das práticas alimentares.

Nesse contexto, o crescente aumento de ambientes obesogênicos representa o maior desafio para a manutenção do peso (SWINBURG, EGGER, 2004). Nesse sentido, torna-se imprescindível dissecar o papel e a interação desses ambientes, a fim de que seja possível reunir informações suficientes para combater as crescentes proporções de indivíduos acometidos pela obesidade, responsáveis por impactos negativos na saúde da população e na economia dos países.

O custo da obesidade

É inegável a ligação entre as taxas crescentes de obesidade e o aumento dos custos com a saúde (FINDELSTEIN et al., 2009). Apesar dos avanços na ampliação dos recursos para a atenção básica à saúde nos últimos anos, sabe-se que os recursos financeiros no SUS são restritos e a alocação de verbas no Setor Saúde como um todo, em termos relativos, não teve incrementos significativos nos últimos anos, embora as necessidades e demandas cresçam exponencialmente. Deste modo, na maioria das vezes, o emprego de recursos em uma área significa restrição de recursos de outra (BRASIL, 2008).

Neste sentido, a análise do impacto econômico da obesidade para o Setor Saúde permitirá identificar o quanto estes recursos voltados para o seu tratamento poderiam ser utilizados para outros fins caso houvesse redução da sua prevalência.

O excesso de peso é um dos principais fatores que contribuem para a mortalidade e para a carga global de doenças no mundo. Em termos de mortes atribuíveis, os principais fatores de risco são a hipertensão arterial (contribui para 13% das mortes no mundo), seguida do consumo de tabaco (9%), hiperglicemia (6%), inatividade física (6%) e excesso de peso ou obesidade (5%) (OMS, 2009).

É possível afirmar que um dos maiores desafios da Saúde Pública no Brasil é a prevenção e o controle das DCNT. Em 2007, 72% das mortes foram atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis e a morbimortalidade relacionada a essas doenças é maior na população mais pobre (SCHMIDT et al., 2011).

Cerca de 50% da população mundial com mais de 20 anos de idade está acima do peso, e os custos diretos e indiretos para a sociedade incluem custos médicos elevados, diminuição do rendimento e produtividade no serviço, incapacidade e discriminação no trabalho. O tratamento da obesidade, e das doenças diretamente relacionadas a essa morbidade, corresponde a um valor de 5% a 7% do valor total anualmente dispensado aos cuidados com a saúde.

Obesidade e fatores envolvidos

Embora seja classificada como uma doença, o enfrentamento da obesidade impõe uma série de desafios no campo das políticas públicas, pois se trata de um problema que envolve vários tipos de fatores: como nível sócio econômico, escolaridade, além de hábitos alimentares, valores culturais e qualidade de vida que têm impacto sobre a incidência do sobrepeso e da obesidade.

Em um dos estudos, publicado na revista Science, em março de 2004, equipes do Instituto Médico Howard Hughes, da Universidade Rockefeller e da Universidade de Yale concluíram que a leptina afeta tanto a estrutura física quanto a função dos circuitos neurológicos do cérebro. "Trata-se de um efeito muito dinâmico que é bastante dramático e algo surpreendente. Em resposta à leptina, as células criam novas conexões", disse o médico Jeffrey Friedman, da Universidade Rockefeller. "A maleabilidade desses circuitos alimentares pela leptina sugere a possibilidade de que as conexões do cérebro sejam diferentes em

indivíduos esbeltos em comparação com os obesos".

No campo da medicina, as drogas tradicionalmente adotadas para tratamento da obesidade têm demonstrado efeitos colaterais importantes e acabaram sendo retiradas do mercado em várias partes do mundo. Em outras palavras, os malefícios são maiores do que os benefícios. As drogas modernas são caras e ainda estão em estado experimental. A única estratégia continua sendo a cirurgia bariátrica (de redução do estômago) que, no entanto, é tática de risco e mutiladora, já que mais de 80% da área do estômago é inutilizada. Além disso, não é incomum que os pacientes submetidos à cirurgia apresentem um quadro psicótico e muitos, inclusive, voltam a ganhar peso após a intervenção.

Educação alimentar e práticas de exercícios

Paralelamente, as políticas voltadas para a educação alimentar e o estímulo à prática de exercícios têm sido adotadas em vários países, inclusive o Brasil. O Ministério da Saúde enfoca a obesidade sob a perspectiva da prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis. Nesse sentido, o Plano de Enfrentamento às Doenças Não Transmissíveis, lançado em 2011, inclui algumas metas relativas à obesidade, a serem cumpridas até 2022. "Nossas metas são estabilizar o avanço da obesidade e sobrepeso em adultos e reduzir entre as crianças", afirma Deborah Malta, do Ministério da Saúde. Segundo ela, vários países têm adotado metas semelhantes, diante da dificuldade de reduzir a incidência de obesidade.

Dessa forma, o Ministério da Saúde aposta em estratégias de prevenção, tais como o Programa Academias da Saúde, criado pelo Ministério da Saúde, portaria no. 24, de 14 de janeiro de 2014, que redefine o cadastramento do Programa Academia da Saúde no Sistema de Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (SCNES). O Programa prevê a criação de academias de ginástica vinculadas às unidades de saúde, seguindo um modelo bem-sucedido no município de Belo Horizonte e no estado de Pernambuco. Já existem 155 Academias da Saúde em funcionamento em todo o país, e o objetivo é chegar a duas mil.

Além disso, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas Públicas de Saúde, criou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, que considera como objetivos a formulação de políticas no campo social e econômico, que possam garantir o acesso à saúde; a execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e a identificação de seus condicionantes e determinantes, dentre eles a alimentação. Encontram-se no seu campo de atuação a vigilância alimentar e nutricional, a promoção da alimentação saudável, prevenção e controle de carências nutricionais e outras doenças associadas à alimentação, o controle de qualidade nutricional dos alimentos, a vigilância sanitária de alimentos, a vigilância ambiental e a responsabilidade de formular e apoiar políticas de alimentação e nutrição.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição ao completarem-se dez anos de sua publicação, apresenta singular trajetória de avanços e tem à sua frente importantes desafios nos âmbitos intra e inter setorial. No que se refere aos avanços, cabe destacar o fortalecimento da rede de alimentação e nutrição, o financiamento das ações nos Estados e Municípios brasileiros, a implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

(SISVAN) em todo o território nacional, a publicação de diretrizes oficiais para a promoção da alimentação saudável por meio do Guia alimentar para a população brasileira, a efetivação dos programas de suplementação de micronutrientes ferro e vitamina

O conjunto de desafios configura-se principalmente pela qualificação da gestão das ações de alimentação e nutrição, fortalecimento das estratégias de implantação da nutrição na atenção básica e nos demais níveis de atenção à saúde, delineamento de ações destinadas a populações específicas (indígenas e outros povos e comunidades tradicionais), reconhecimento e valorização da cultura alimentar, ampliação da discussão relativa à temática de nutrição, ambiente e desenvolvimento e aproximação com as instâncias de controle social da saúde e da nutrição. Têm atuado em parceria com o Ministério da Educação em ações voltadas para a melhoria da qualidade da merenda escolar e realizado ações junto à indústria alimentícia destinadas a modificar a composição de alimentos processados, reduzindo a quantidade de sódio e outros componentes nocivos à saúde.

Essa estratégia, no entanto, apresenta limites, na opinião da coordenadora do Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição/UnB. "Tratar a obesidade somente como um fator de risco para doenças crônicas é uma limitação", afirma Elisabetta Recine. A nutricionista defende que obesidade é uma doença em si, cujo tratamento depende de ações multissetoriais, já que é multideterminada - ou seja, ela é causada por um conjunto de fatores. "No Brasil e no mundo, não existe um setor que, sozinho, dê conta do problema". É por isso que ela defende a implementação do Plano Inter Setorial de Prevenção e Controle da Obesidade, elaborado pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutrição (Consea), lançado em outubro de 2012. O plano abrange um conjunto de ações, diretrizes e objetivos visando ao aumento da produção de alimentos saudáveis, ao acesso da população a eles, além de iniciativas no campo da legislação, como a regulação de publicidade de alimentos. "Mas sua implementação depende de compromissos políticos, o que ainda não ocorreu", conclui Elisabetta.

Estudos sobre o efeito da obesidade sobre os resultados específicos de saúde, como diabetes ou depressão fornecem apenas um vislumbre de todo o impacto da obesidade na saúde e bem-estar. Qualidade de vida (QV) relacionada à saúde integra e o efeito da obesidade (ou qualquer outra condição) em todo o funcionamento físico, psicológico e social. Embora Qualidade de Vida Relacionado à Saúde – QVRS, é um campo relativamente novo de pesquisa, uma série de estudos têm avaliado o impacto global da obesidade na qualidade de vida.

Políticas Públicas na área da saúde

Políticas públicas são passíveis de ser compreendidas, portanto, como ações governamentais idealizadas, formuladas e desenhadas em atenção aos propósitos de agenda dos governos, permeados e intercambiados com os anseios e demandas de grupos da sociedade, resultando em programas, ações, estratégias, planos, que terão efeitos e buscarão transformações e resultados positivos e benéficos para pessoas numa dada realidade. (DIAS, R, MATOS, F., 2012)

Isso permite dizer que as políticas públicas, de modo geral (dentre elas, iniciativas nas áreas da Saúde e da Educação, por exemplo) são campos multidisciplinares de estudos e interesses, já que, diante da vontade e inclinação para estudá-las, torna-se necessária a compreensão de que teorias e instrumentais construídos nos campos da Sociologia, da Ciência Política e da Economia, para citar os mais evidentes, são fundamentais para a realização de análises e estudos.

Nunca perdendo de vista o caráter intersetorial e multidisciplinar dos processos das políticas, a sua formulação, implementação e execução são caracterizadas por situações e desafios que demandam práticas de acompanhamento, monitoramento e avaliação, não apenas para eventuais correções de rumo na condução das ações por parte dos especialistas, políticos e técnicos responsáveis, mas também para atender às modificações constantes e estruturais que o dinamismo do processo inerentemente apresenta e para servir de base e lições aprendidas para aplicação em outras ações do mesmo gênero (MAGALHÃES R.; BODSTEIN R., 2009).

Tendo sido feitas reflexões iniciais para se pensar o que é, como se faz e quais as questões envolvendo avaliação de políticas, especialmente no âmbito da gestão pública no setor saúde, um bom ponto de partida é estabelecer uma definição objetiva: avaliar significaria emitir um juízo de valor, atribuir valor a algo, conferir a algo um aval.

Só que, por ser a avaliação de políticas um processo complexo, avaliar também é comparar parâmetros estabelecidos e resultados alcançados de uma dada intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes, com vistas à facilitação da consecução de determinados objetivos.

Utilizando-se de critérios ou padrões traçados para uma investigação sistemática, a atividade avaliativa insere-se tanto no campo da ciência - por meio da produção de evidências - quanto no da prática cotidiana da política - por meio dos processos analisados, e vincula-se a uma dimensão instrumental, com o intuito de auxiliar na tomada de decisões.

Se a ação avaliativa compreende a emissão de um juízo de valor, torna-se, portanto, necessário refletir sobre como; quando; onde; para quem; com quem; quanto - ou seja, dependendo quais fontes e quais quantidades de recursos; em que medida; atendendo a quais interesses; significando quais conceitos; representando quais influências e interesses; resultando em quais consequências; uma prática caracterizada como avaliação pode - e deve - gerar transformações positivas na realidade e bem-estar coletivo. Nesse contexto e com essas preocupações, procura-se contribuir para o debate sobre a avaliação de políticas públicas, especificamente no que concerne ao setor saúde.

Comunicação em saúde

No campo da saúde, a comunicação exerce uma força educativa pela qual vem sendo cada vez mais observada. O fenômeno da educação em saúde se apresenta como um jogo de vários saberes, que “constituem as práticas e as reflexões envolvidas nas relações entre educação e comunicação na área da saúde (DONATO, GOMES, 2010, p. 42.)

O ministério da Saúde relaciona uma lista de competências que os profissionais de devem reunir, das quais fazem parte não apenas o conjunto de tarefas que lhes cabem, mas também aspectos relacionados a formas de conscientização, de formação de opinião e de incorporação de hábitos, comportamentos e atitudes. Por exemplo, faz parte do conjunto de competências que integram as Unidades Básicas de Saúde conhecer a realidade das famílias que atendem, no que se refere aos aspectos sociais, econômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos.

O desenvolvimento profissional, na visão da comunicação, atende às necessidades permanentes de definição, identificação, mapeamento e utilização de novas competências. Carvalho comenta (2003. P. 16):

O conceito de competência nos diz ser ela fator primordial para a conduta humana quando da realização de procedimentos e tarefas. Não apenas pelo fato de realizar coisas corretamente e de forma válida, mas por conferir ao homem o sentido humano de suas capacidades. Ser competente significa, de modo amplo, estar no mundo de forma útil e participativa. Dessa forma, no que fazem e no modo que realizam coisas, as pessoas precisam se sentir integradas ao mundo, sendo isso o que as capacita a interagir sobre eles.

Comunicação pública e interesse público

A comunicação pública é protagonizada por diversos setores da sociedade: Estado, Terceiro Setor, partidos políticos, empresas privadas e públicas, órgãos de imprensa, social civil organizada. Ela não é determinada pelos promotores/emissores da ação comunicativa, mas sim pelo objeto que a mobiliza – o interesse público – afastando-se, ainda, de uma finalidade de cunho mercadológico.

É uma comunicação que visa à coletividade. Conforme López (2003), é a intenção do agente – o enfoque que ele dá à ação comunicativa – que faz que ocorra a transmutação do sentido comunicativo.

Impacto da obesidade na mortalidade

O resultado da carga adicionada de doenças associadas à obesidade é o aumento da mortalidade, que é bem estabelecido nesta população. Um grande número de estudos epidemiológicos, como Nurses' Health Study, NHANES, Women's Health Initiative Observational Study e o American Cancer Society, estabeleceu um aumento significativo na mortalidade cardiovascular e não cardiovascular associada à obesidade. Um aumento de anos de vida perdidos foi encontrado entre obesos versus não obesos em uma análise do NHANES. Em geral, o número de anos de vida perdidos foi de 1 a 9, para aqueles com IMC baixo (< 17 a 19 kg/m²), comparativamente com 9 a 13 para aqueles com um IMC elevado (≥35 kg/m²). Para estes resultados contribuíram não apenas o peso atual, mas principalmente a idade com que a obesidade foi iniciada.

Recentemente, foi feita uma sub-análise do estudo prospectivo Nurses' Health Study, em mulheres que sobreviveram pelo menos até a idade de 70 anos. O estudo analisou a

sobrevivência saudável, ou seja, definida como ausência de 11 das principais doenças crônicas e ausência de prejuízos mentais e cognitivos. Das 17.065 mulheres que sobreviveram pelo menos até a idade de 70 anos, 1.686 (9,9%) preencheram os critérios de sobrevivência saudável. O aumento do IMC na linha de base foi significativamente associado a uma redução linear na razão de chances de sobrevivência saudável após ajustes para diversos estilos de vida e variáveis dietéticas. Comparadas com as mulheres magras (IMC 18,5 a 22,9 kg/m²), as mulheres obesas (IMC > 30 kg/m²) tinham 79% menos chances de sobrevivência saudável. Além disso, quanto maior o peso adquirido a partir dos 18 anos até a idade de 55 anos, menos provável foi ter uma sobrevivência saudável após a idade de 70 anos. A menor probabilidade de sobrevivência saudável ocorreu entre as mulheres que tinham sobrepeso com 18 anos e ganharam mais de dez quilos, em relação às mulheres magras que mantiveram o peso estável. Esse estudo proveu evidência de que a adiposidade na idade adulta é fortemente relacionada com a redução da probabilidade de sobrevivência saudável entre as mulheres longevas, e enfatiza a importância da manutenção de um peso saudável desde a idade adulta jovem.

O relatório de 2012 mostra que no continente americano 26% dos adultos são obesos, sendo a região com maior incidência do problema. No extremo oposto está o Sudeste Asiático, com apenas 3% de obesos. Baseado em dados de 194 países, o departamento de estatísticas da OMS afirma que em todas as regiões do mundo a obesidade duplicou entre 1980 e 2008.

Os dados divulgados alertam, em síntese, para o aumento das doenças não contagiosas ligadas à obesidade: diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares. Elas representam dois terços das mortes no mundo.

Considerações finais

Com a epidemia da obesidade os gastos com saúde sejam eles públicos ou privados crescerão e também as doenças crônicas não transmissíveis. Esse quadro alarmante precisa ser analisado e a busca de soluções para revertê-lo deve ser urgente. São necessárias políticas públicas eficazes, aliadas à comunicação pública, que chegue às mais diversas faixas etárias e classes sociais; deve-se buscar hábitos alimentares mais saudáveis, bem como o estímulo às atividades físicas. É necessário que a comunicação na área da saúde utilize suas técnicas para conscientizar crianças, adultos e idosos da importância do cuidado com a saúde. Os ambientes obsoletos precisam ser modificados. A prevenção sempre é o melhor dos remédios e deve começar pela educação nas creches, escolas de ensino fundamental e médio e todo contexto onde a doença esteja presente. O custo econômico e social dessa enfermidade é alto e não se deve ignorar a sua periculosidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABREU, E.S.; VIANA, I.C.; MORENO, R.B.; TORRES, E.A.F.S. Alimentação mundial: uma reflexão sobre a história. Saúde e Sociedade, v. 10, n. 2, p. 3-13, 2001.

2. ALMEIDA, S.S.; NASCIMENTO, P.C.B.D.; QUAIOTI, T.C.B. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. *Rev. Saúde Pública*, v. 36, n.3, p.353-355, 2002.
3. AUMENTA A EXPECTATIVA DE VIDA DO BRASILEIRO, segundo IBGE, por Portal Brasil. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2013/12/aumenta-a-expectativa-de-vida-do-brasileiro-segundo-ibge>. Acesso em 15.jul.2014.
4. BASSETTE, Fernanda. Governo finaliza plano com metas para reduzir obesidade em 10 anos. Disponível em <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,governo-finaliza-plano-com-metas-para-reduzir-obesidade-em-10-anos-imp-,816302>. Acesso em 15.jul.2014.
5. BOUCHARD, C. Overview and research direction. In: *The genetics of obesity*. Boca Raton: CRC Press, 1994. p. 223-233.
6. _____. The biological predisposition to obesity: beyond the thrifty genotype scenario. *International Journal of Obesity*, London, v. 31, n. 9, p. 1337-1339, sep. 2007.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2007. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 135 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
8. _____. *Vigitel Brasil 2008. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 112 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
9. _____. *Vigitel Brasil 2009. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 150 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
10. _____. *Vigitel Brasil 2010. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 152 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
11. BRASIL MANTÉM ÍNDICE DE POPULAÇÃO COM EXCESSO DE PESO, DIZ PESQUISA. Disponível em <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2014/04/brasil-mantem-indice-de-populacao-com-excesso-de-peso-diz-pesquisa.html>. Acesso em 9.jul.2014.
12. BROWNE A, WILDAVSKY A. What should evaluation mean? In: Pressman JL, Wildavsky A, editors. *Implementation*. 3rd Ed. Berkeley: University of California Press; 1984.p. 181-205.
13. BROWNSON, R. C. et al. Environmental and policy determinants of physical activity in the United States. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 91, n. 12, p. 1995-2003, dec. 2001.
14. BROWNSON, R. C.; BOEHMER, T. K.; LUKE, D. A. Declining rates of physical activity in the United States: what are the contributors? *Annual Review of Public Health*, Palo Alto, v. 26, p. 421-443, apr. 2005.
15. CAMBRIOLI, F.; TOLEDO J.R.; ITALIANI, R. Epidemia triplica o número de mortes por obesidade no país. *Jornal O Estado de S. Paulo*. Pag. A-12. Saúde. De 28/04/2014.

16. CARVALHO, Denise Maria W. de. Competências e atividades: uma contribuição a um estudo da representação. Dissertação (Mestrado em Informática) – PUC-PR, Curitiba, 2003.
17. CAUSAS DA OBESIDADE <http://www.bancodesaude.com.br/obesidade/causas-obesidade>, 27.out.08, atualizado em 14.jan.10
18. COSTA LP, OLIVEIRA LR. Ambiente obesogênico em crianças dos 7 aos 9 anos de idade do conelho da calheta, região autônoma da Madeira (Ram). Disponível em http://www.spcna.pt/download.php?path=pdfs&filename=REV_2010_3_003-014_RAH_2010_n3_1.pdf. Acesso em 11.jul.2014.
19. DECLARAÇÃO DE ALMA. Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 setembro de 1978. Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em 11.jul.2014.
20. DEL NERO C.R. O que é Economia da Saúde. In: Piola SF, Vianna SM. (Org.). Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde. 149, 3º Ed. Brasília: IPEA; 2002; p.5-22.
21. DENHARDT, Robert B. Teorias da Administração Pública. São Paulo, Cengage Learning, 2013.
22. DIAS. R e MATOS, F. Políticas Públicas, princípios, propósitos e processos. São Paulo: Ed. Atlas.2012.
23. DOENÇAS CAUSADAS PELA OBESIDADE, OBESIDADE E DOENÇAS PELO EXCESSO DE PESO. Disponível em <http://www.presenteparahomem.com.br/quais-sao-as-doencas-causadas-pela-obesidade-excesso-de-gordura-e-saude/>. Acesso em 9.jul.2014.
24. DONATO, Ausonia F.; GOMES, Ana Luisa Z. O estudo da comunicação na formação dos profissionais de saúde: algumas questões e aproximações. Bis – Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 37, abr 2010. Disponível em: <<http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/bis50-completo.pdf>>. Acesso em: 15.mai.2010.
25. ENGORDAR DEMAIS OU DE MENOS NA GRAVIDEZ ELEVA RISCO DE OBESIDADE OU SOBREPESO NO FILHO. Disponível em <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/engordar-demais-ou-de-menos-na-gravidez-eleva-risco-obesidade-ou-sobrepeso-no-filho>. Acesso em 12.ago.2014
26. EGGER, G.; SWINBURN, B. An "ecological" approach to the obesity pandemic. British Medical Journal, London, v. 315, n. 7106, p. 477-480, aug. 1997.
27. EZZATI M., LOPEZ AD, RODGERS A, MURRAY CJL. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of diseases attributable to selected major risk factors. Geneva. World Health Organization 2004; 1:497-596.
28. FERREIRA, Thaís. Obesidade causa doenças? Saúde e Bem-estar. Disponível em <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,EMI62327-15257,00-OBESIDADE+CAUSA+DOENCA.html>.

29. FINKELSTEIN, E. A., TROGDON, J.G., BROWN, D.S., ALLAIRE, B.T., DELLEA, P., AND KAMAL, B.S. (2008). The lifetime medical cost burden of overweight and obesity: Implications for obesity prevention. *Obesity*, 16(8), 1843-1848.
30. FINKELSTEIN, E. A., TROGDON, J. G., COHEN, J. W., and DIETZ, W. (2009). Annual medical spending attributable to obesity: Payer-and service-specific estimates. *Health Affairs*, 28(5), w822-831.
31. FONTES. Paulo Antonio de Carvalho. *Revista Ser Médico*. No. 47, 2009. A medicina no sistema de saúde francês. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=417>. Acesso em 11.ago.2014.
32. FOX, Maggie. Estudos mostram como hormônio da obesidade afeta o cérebro. Disponível em <http://estilo.uol.com.br/saude/ultnot/2004/04/01/ult615u149.jhtm>. Acesso em 8.jul.2014.
33. GORTMAKER SL, SWINBURN BA, LEVY D, CARTER B, MABRY PL, FINEGOOD DT, HUANG T, MARSH T, MOODIE ML. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancet*. 2011; (378): 838–47
34. HAIR, J. F. JR. BLACK, W. C., BABIN, B. J. ANDERSON, R. E. AND TATHAM, R. L. 2006. *Multivariate data analysis*. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall.
35. HANDY, S.L., BOARNET, M.G., EWING, R., KILLINGSWORTH, R.E., 2002. How the built environment affects physical activity. *American Journal of Preventive Medicine* 23 (Suppl. 2), 64–73.
36. INSTITUTO LUDWIG VON MISES BRASIL, 2014. Como realmente funciona o sistema de saúde americano. Disponível em <http://mises.jusbrasil.com.br/noticias/118053566/como-realmente-funciona-o-sistema-de-saude-americano>. Acesso em 11.ago.2014.
37. JANSSEN, M. A., M. L. SCHOON, W. Ke, and K. BÖRNER. 2006. Scholarly networks on resilience, vulnerability and adaptation within the human dimensions of global environmental change. *Global Environmental Change* 16(3):240–252.
38. JEFFERY, R.W.; BAXTER, J.; MCGUIRE, M.; LINDE, J. Are fast food restaurants an environmental risk factor for obesity? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 3, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.ijbnpa.org/content/3/1/2>. Acesso em 5.mar.2008.
39. LOOS, R. J.; BOUCHARD, C. Obesity - is it a genetic disorder? *Journal of Internal Medicine*, Oxford, v. 254, n. 5, p. 401-425, nov. 2003.
40. LÓPEZ, Juan Camilo Jaramillo et al. *Modelo de comunicación pública e informativa para entidades del estado*. MCPOL. Bogotá: Usaid/Casals & Associates Inc. 2004.
41. LU Y, HAJIFATHALIAN K, EZZATI M, et al., 2014, Metabolic mediators of the effects of body-mass index, overweight, and obesity on coronary heart disease and stroke: a pooled analysis of 97 prospective cohorts with 1.8 million participants, *The Lancet*, Vol: 383, ISSN: 0140-6736, Pages: 970-983

42. MACEDO, Tássia T. Santana; PALMEIRA, Cátia Suely; GUIMARÃES, Costa; LIMA, M.Lourdes; LADEIA, A. M. Teixeira. O significado da obesidade: a percepção do paciente obeso. Disponível em <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4714/8131>. Acesso em 10.jul.2014.
43. MAGALHÃES R, BODSTEIN R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009; 14(3):861-8. [Links]
44. MANCINI MC. Obesidade e Doenças Associadas. In: Mancini MC, Geloneze B, Salles JEN, Lima JG, Carra. MK. Tratado de Obesidade. Itapevi: AC Farmacêutica. 2010; 253--264.
45. MANIR, M. Não é só dizer “não coma”. Se a cantina vende refrigerante e salgadinho, o que o aluno vai entender? Jornal O Estado de S. Paulo. Cadernos Aliás, Pag. E-2/3. De 4/05/2014.
46. MEDICI, André Cezar. O que será da saúde em 2014? O caso da Europa e dos Estados Unidos. <http://monitordesaude.blogspot.com.br/2014/01/que-sera-da-saude-em-2014-o-caso-da.html>. Acesso em em 11.jul.2014.
47. MELO, Maria Edna. Doenças Desencadeadas ou Agravadas pela Obesidade. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO. Disponível em <http://www.abeso.org.br/pdf/Artigo%20-%20Obesidade%20e%20Doencas%20associadas%20maio%202011.pdf>. Acesso em 9. jul.2014.
48. MENDES, Larissa Loures. Ambiente construído e ambiente social - associações com o excesso de peso em adultos Belo Horizonte, Minas Gerais. 2012. Disponível em http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-8UQG92/tese_larissa_2012_definitiva_21_05.pdf?sequence=1. Acesso em 9.jul.2014.
49. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Obesidade. Cadernos de Atenção Básica - n.º 12. Brasília – DF. 2006. Disponível em http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf. Acesso em 10.jul.2014.
50. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. PORTARIA Nº 24, DE 14 DE JANEIRO DE 2014. Redefine o cadastramento do Programa Academia da Saúde no Sistema de Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (SCNES). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0024_14_01_2014.html. Acesso em 8.jul.2014
51. MOONEY, Gavin. Challenging Health Economics, Oxford University Press, 2009.
52. NEWS.MED.BR, 2005. Confirmado o alto risco de tromboembolismo venoso em obesos. Disponível em: <http://www.news.med.br/p/medical-journal/876/confirmado-o-alto-risco-de-tromboembolismo-venoso-em-obesos.htm>. Acesso em: 12 ago. 2014.
53. OLIVEIRA AMA, CERQUEIRA EMM, SOUZA JS, OLIVEIRA AC. Sobrepeso e obesidade infantil: Influência dos fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. Arq Bras Endocrinol Metab 2003; 47/2:144-50.

54. OLIVEIRA FA, VALENTE JG, LEITE IC. Fração da carga global do diabetes mellitus atribuível ao excesso de peso e à obesidade no Brasil. *Rev. Panam Salud Publica*. 2010. 27 (5): 338–44.
55. OLIVEIRA, Michele Lessa de. Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil. Disponível em http://apsredes.org/site2013/wpcontent/uploads/2013/04/Tese_Michele_Lessa_Completa.pdf. Acesso em 9.jul.2014.
56. OLIVEIRA, S.P.; THÉBAUD-MONY, A. Modelo de consumo agro-industrial: homogeneização ou diversificação dos hábitos alimentares? *Cad. Debate*, v.4, p.1-13, 1996.
57. PLANO INTERSETORIAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira. Disponível em http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/apresentacao_plano_obesidade2.pdf. Acesso em 15.jul.2014.
58. POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO DA ANVISA Instituída em 14 de outubro de 2013 pela Portaria 1.649/Anvisa. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/36804c8042d593baad69af348b3626d1/Pol%C3%ADtica+de+Comunica%C3%A7%C3%A3o+-+vers%C3%A3o+final+22+10.doc.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em 15.jul.2014.
59. POPKIN, B. M.; DOAK, C. M. The obesity epidemic is a worldwide phenomenon. *Nutrition Reviews*, United States, v. 56, n. 6, p. 106-114, apr. 1998.
60. POPKIN, B.; DUFFEY, K.; GORDON-LARSEN, P. Environmental influences on food choice, physical activity and energy balance. *Physiology & Behavior*, New York, v. 86, n. 5, p. 603-613, dec. 2005.
61. RELATÓRIO DA OMS revela que obesidade mata quase 3 milhões de pessoas por ano no mundo. Disponível em <http://www.abeso.org.br/lenoticia/876/oms:+obesidade+mata+28+milhoes+por+ano.shtml>. Acesso em 8.jul.2014.
62. SANTOS, A. Mendes, SCHERER, Patrícia, SCHERER Teresinha. Reflexões acerca das políticas públicas no enfrentamento a obesidade no Brasil. Disponível em <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/692>. Acesso em 10.jul.2014.
63. SANTOS, Beth. Obesidade e Depressão: Associação recíproca. Disponível em <http://www.educacaofisica.com.br/index.php/ciencia-ef/canais-cienciaef/nutricao-hidratacao/6771-obesidade-e-depressao-associacao-reciproca>. Acesso em 11.ago.2014.
64. SBH NA MÍDIA. Estudo revela que a hipertensão tem crescido muito entre jovens. Disponível em <http://www.sbh.org.br/geral/sbh-na-midia.asp?id=306>. Acesso em 11/08/2014.
65. SEMINÁRIO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO SUS: PNAN 10 anos. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_sem_nutri/apresentacao.html. Acesso em 8.jul.2014.

66. SOUZA, Noa Prada; OLIVEIRA, Maria Rita Marques. O ambiente como elemento determinante da obesidade. Disponível em http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/SimbioLogias/artigo_nutr_12_o_ambiente_como_elemento_determinante_da_ob.pdf. Acesso em 9.jul.2014.
67. STECK, Juliana. Obesidade cresce rapidamente no Brasil e no mundo. Disponível em <http://www12.senado.gov.br/jornal/edicoes/2013/03/12/obesidade-cresce-rapidamente-no-brasil-e-no-mundo>. Acesso em 9.jul.2014.
68. SWINBURN, B. A. et al. Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. *Public Health Nutrition*, Wallingford, v. 7, n. 1A, p. 123-146, feb. 2004.
69. SWINBURN, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, New York, v. 29, n. 6, p. 563-570, Dec. 1999.
70. TAVARES, Telma B., NUNES, Simone M., SANTOS, M. de Oliveira Santos. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. Disponível em <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/276>. Acesso em 11.jul.2014.
71. TEICHMANN, L., OLINTO, M. T. A., COSTA, J. S. D., & ZIEGLER. Fatores de risco associados ao sobrepeso e à obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, n. 9, 360-373.
72. TANIGAWA, Ruy. O Sistema de saúde público no Japão. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=588>. Acesso em 11.ago.2014.
73. TIROSH A, et al. Adolescent BMI Trajectory and Risk of Diabetes versus Coronary Disease. *N Eng J Med*.2011. 364(14), 1315-1325.