

UMA EDUCABILIDADE ALIMENTAR NO ESPAÇO ESCOLAR EM INTERFACE COM A LEGISLAÇÃO

MULLER, Ana Cristina¹

BONIATTI, Katiane²

SALVATI, Marilena³

RESUMO: Essa pesquisa apresenta uma análise sobre alimentação escolar após a Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009, a qual impediu a comercialização de alimentos industrializados dentro das escolas, bem como verificar se houve impacto na alimentação dos estudantes. No cenário da sociedade atual, a qual apresenta um grande número de adultos obesos e sedentários, torna-se imprescindível discutir e analisar a qualidade de vida das crianças e dos adolescentes em processo de desenvolvimento, principalmente enquanto estão em fase escolar. Em face a isto, faz-se necessário promover a mudança comportamental alimentar, apresentando meios para uma alimentação nutritiva em detrimento de alimentos saturados. Diante do exposto, este trabalho tem como temática a alimentação escolar, a qual é destinada a crianças e adolescentes diariamente no espaço escolar. Atualmente, percebe-se o excesso de alimentação nas lancheiras das crianças, sendo composta principalmente por alimentos processados e com excesso de gorduras, corantes e açúcares, alimentos nocivos para a saúde das crianças, pois possuem alto valor calórico e sem nenhum nutriente, o que empobrece a nutrição dos estudantes. Diante disso, na fase escolar é importante que a escola, juntamente com os pais e os profissionais de nutrição, incentivem as crianças desde pequenas a criarem hábitos alimentares saudáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Alimentação; Sociedade; Qualidade; Nutrição.

ABSTRATC:

SUMMARY: THIS RESEARCH PRESENTS an analysis of school alimentation after the Law No. 11,947, of June 16, 2009, which prevented the commercialization of food inside schools, as well as, to verify if there was an impact on the feeding of the students. In today's society scenario, which presents a large number of obese and sedentary adults, it is essential to discuss and analyze the quality of life of children and adolescents in their growing process, especially while in school. Facing this point makes it necessary to promote behavioral nurturing changes, by presenting means for a nourishment at the expense of saturated food. In view of the above, this work has school feeding as the main theme, which is aimed at children and adolescents daily in the school environment. Nowadays, it is noticeable that there is an excess of food in children's lunchbox, composed mainly of processed foods and with an excess of fats, dyes, and sugars, foods harmful to children's health since they have a high caloric value and no nutrients, which impoverishes students' nutrition. Faced with this, it is important that during the school's phase, the school along with parents and nutrition professionals encourage small children to create healthy eating habits.

KEY WORDS: Alimentation; Society; Quality; Nutrition.

INTRODUÇÃO

A cada cinco brasileiros, um está obeso, mais da metade da população está acima do peso. O país que até pouco tempo lutava para combater a fome e a desnutrição, agora precisa conter a obesidade. Por que a balança virou? Indicadores pelo Ministério da Saúde mostram que, nos últimos 10 anos, a prevalência da obesidade no Brasil aumentou em 60%, passando de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016. O excesso de peso também subiu de 42,6% para 53,8% no período. Seja a mudança dos hábitos alimentares que se observa desde os anos 1970. “Com pouco tempo para comer, as pessoas deixaram de fazer as refeições em casa e passaram a optar por comidas mais rápidas processadas e mais calóricas”.

Nas cantinas das escolas, o a amostra de alimentos processados, sem nenhum nutriente e de fácil consumo são os preferidos dos estudantes, favorecendo assim o consumo *hiper* calórico, ricos em sódio, açúcar e gorduras saturadas.

A Lei Federal tem como o objetivo prever a qualidade nutricional, a universalidade e atenção no atendimento, equidade e o respeito aos hábitos alimentares dos estudantes, com isso, a criação da Lei 11347. /2009, Artigo 3º informa que a alimentação escolar é um direito de todos os alunos da educação básica pública. É dever do estado promover e incentivar essa alimentação com vistas no atendimento das diretrizes nessa lei. O Art. 23 traz que é restrita aquisição de alimentos - resolução CD/FNDE N°2610 2013.

Essa mudança de hábito também aparece até no consumo regular do feijão, considerado um alimento básico na dieta do brasileiro, diminuiu de 67,5% em 2012 para 61,3% em 2016. E apenas um entre três adultos consomem frutas e hortaliças em cinco dias da semana. Alimentos altamente processados e sem nenhum valor nutritivo tem ganhado cada vez mais espaço na mesa do brasileiro. Por isso, o governo está cada dia mais preocupado com o impacto que a obesidade traz.

TUDO COMEÇA NA AMAMENTAÇÃO

Tudo começa na fase mais importante da vida, no aleitamento materno, o qual é comemorado no dia 1º de agosto como o dia mundial do aleitamento. A amamentação é a primeira oportunidade que tem uma mulher para assegurar a saúde, o bem-estar e a felicidade que toda mãe deseja para seus filhos (Marroquim, 2006). O leite humano é considerado o alimento ideal para o primeiro ano de vida, incluindo o de bebês prematuros ou doentes (Cunha, 2001). No Estatuto da Criança e do Adolescente (Ministério da Saúde citado por Vasconcelos; Lira; Lima, 2006), Artigo 9º, o aleitamento materno é tratado como uma questão de direito à

vida e à saúde, e como instrumento de direito humano universalmente aceito, foi ratificado 191 vezes, segundo o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) citado por esses autores.

RELAÇÃO ENTRE O LEITE MATERNO E A OBESIDADE INFANTIL

A alimentação da criança, desde o nascimento e nos primeiros anos de vida, tem repercussões ao longo de toda a vida desse indivíduo. O leite materno é capaz de nutrir adequadamente as crianças nos primeiros seis meses de vida, porém a partir desse período deve ser complementada e a adequação nutricional desse complemento é fundamental na prevenção de várias doenças, incluindo o sobrepeso (Monte e Giugliani, 2004). A obesidade refere-se à condição na qual o indivíduo apresenta uma quantidade excessiva de gordura corporal. O aumento de peso é um reflexo do acúmulo da gordura em excesso no tecido adiposo, mas não significa necessariamente que a pessoa já esteja obesa (Barbosa, 2004). A obesidade é considerada uma epidemia global e sua prevalência em crianças e adolescentes vem aumentando nas últimas décadas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, provocando um alto impacto negativo para a saúde pública.

Em crianças e adolescentes, a obesidade está associada a fatores de risco para doenças cardiovasculares, respiratórias e metabólicas, além de contribuir para a baixa autoestima e discriminação social, gerando complicações emocionais segundo French; Story; Perry e Reilly e colaboradores citado por Siqueira e Monteiro (2007). Em dados mais recentes, revelam que no Brasil já tem mais crianças obesas que desnutridas. E o mais surpreendente é que a obesidade está aumentando nas camadas mais pobres da população. Uma medida simples, realista e eficiente para reverter esse quadro seria estimular o consumo de leite materno exclusivo nos primeiros 4 – 6 meses de vida (Viuniski, 2000). Considerando a dificuldade do tratamento da obesidade em crianças e adolescentes, torna-se fundamental a identificação de estratégias efetivas na sua prevenção. Nesse sentido, a OMS (Organização Mundial da Saúde) citado por Siqueira e Monteiro (2007), reconhece que o aleitamento materno é uma possível estratégia para prevenção da obesidade infantil.

Tal obesidade infantil tem se transformado em um dos maiores problemas de saúde pública, sendo que na população americana, a prevalência de crianças obesas está em torno de 25% (Holtz; Smith; Winters citado por Trecco, 2006). Muitas hipóteses vêm sendo levantadas para explicar o motivo pelo qual o aleitamento materno pode proteger a criança contra a obesidade. Os mecanismos protetores envolveriam desde a composição do leite humano até a influência de fatores ambientais e comportamentais segundo Butte; Dewey; Lonnerdal; Rolland e colaboradores; Singhal e colaboradores citados por Siqueira e Monteiro (2007).

Dois estudos demonstraram que bebês amamentados com mamadeira correm mais risco de desenvolver obesidade no futuro, isso porque no leite materno tem algum componente protetor, a preferência pelo paladar ou a interferência de mecanismos psicológicos no centro de saciedade do bebê (Varella, 2002). Segundo Waterland e Garza citado por Balaban e colaboradores (2004), os mecanismos por meio dos quais o leite materno desempenharia um papel protetor contra a obesidade ainda não foram determinados. É possível que esse leite esteja envolvido no fenômeno de “*imprinting* metabólico”, que é um fenômeno pelo qual uma experiência nutricional precoce, atuando durante um período crítico e específico do desenvolvimento, acarretaria uns efeitos duradouros, persistentes ao longo da vida do indivíduo, predispondo a combater determinadas doenças.

Para Casabiel e colaboradores, citados por Balaban e colaboradores (2004), existe no leite materno a leptina, a qual poderia desempenhar um papel regulador no metabolismo do lactante, visto que esse hormônio tem ação de inibir o apetite e as vias anabólicas e estimular as vias catabólicas. A leptina é uma proteína produzida principalmente pelo tecido adiposo, embora também tem sido detectada no hipotálamo, na hipófise, placenta, no músculo esquelético e epitélio gástrico e mamário (MOSCHOS; CHAN; MANTZOROS CITADO POR GALÉ; CASTRACANE; MANTZOROS, 2004).

A leptina reduz o apetite a partir da inibição da formação de neuropeptídeos relacionados ao apetite, como o neuropeptídeo Y, e também do aumento da expressão de neuropeptídeos anorexígenos e substâncias sintetizadas em resposta à anfetamina e cocaína (Friedman e Halass citado por Romero e Zanesco, 2006). Assim, altas concentrações de leptina reduzem a ingestão alimentar enquanto que baixas concentrações induzem hiperfagia. (ROMERO E ZANESCO, 2006).

Na infância e adolescência há diferença das concentrações plasmáticas de leptina entre os gêneros: nas meninas, as concentrações de leptina aumentam progressivamente de acordo com a idade, com o ganho de peso e com gordura corporal, enquanto que nos meninos ocorre uma diminuição progressiva. Oliveira e colaboradores (2004) colocam que essa diferença se torna mais evidente na fase pré-puberal, enquanto outros, nos estágios finais de maturação sexual.

De acordo com uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, constatou-se a presença de uma proteína no leite materno que regula o metabolismo dos lipídeos e carboidratos, a adiponectina (BBC, 2004). A adiponectina é um hormônio derivado dos adipócitos e sua secreção e expressão está diminuída na obesidade e/ ou diabetes tipo 2 (Galé; Castracane; Mantzoros, 2004). O organismo do lactente poderia ser particularmente influenciado pela

leptina e adiponectina e também por outras substâncias com alto impacto nas doenças de sua vida futura, devido a que justamente se encontra em fase de extremo crescimento (BBC, 2004).

As crianças amamentadas têm melhor capacidade de manipular as concentrações séricas de colesterol do que as que recebem fórmulas lácteas, isso poderia prevenir uma obesidade na idade adulta, segundo Oliveira e Escrivão citado por Vieira e colaboradores (2004). Para Von e colaboradores e Toschke; Koletzko; Von citado por Kochi e Monte (2006), o aleitamento materno reduz o risco para obesidade e quanto maior o tempo de aleitamento materno, menor a chance de obesidade, isso porque a criança que recebe o leite tende a ganhar menos peso e menos massa gorda durante o primeiro ano de vida. As células adiposas se desenvolvem principalmente nos primeiros seis meses de vida, portanto se a criança receber somente leite materno nessa época, contribuirá significativamente para garantir uma vida saudável (Diário Oficial de Ponta Porá, 2006).

Pesquisadores *do Children's Hospital of Philadelphia, da University of Pennsylvania and da University of Iowa* estudaram 653 adultos, na faixa etária de 20 a 32 anos. Os indivíduos, todos brancos, foram estudados quando recém-natos, enquanto participavam de estudos sobre fórmulas infantis em Iowa. Os que ganharam peso mais rapidamente durante a primeira semana eram significativamente mais propícios a estarem acima de seu peso décadas depois (*Children's Hospital of Philadelphia*, 2005).

Para Victoria e colaboradores citados por Barros (2004), o efeito protetor do leite materno para a obesidade infantil não foi observado, mas mesmo que alguns estudos não demonstrem o relacionamento do aleitamento materno, tendo efeito protetor para a obesidade infantil, isso não compromete a sua importância para a saúde da criança e do adolescente (Barros, 2004). Conclui-se que o leite materno não possui efeito protetor comprobatório contra a obesidade infantil, mas é de suma importância para um desenvolvimento infantil saudável.

A obesidade infantil é o grande problema na saúde pública. Altos índices de sobre peso e obesidade estão chamando atenção da comunidade médica e nutricional para o surgimento de problemas futuros na saúde como hipertensão e diabetes, entre outras comorbidades, que vêm junto de presente com as pessoas obesas. (Organização mundial da saúde (OMS)). No Brasil, mais de 2 milhões de casos são diagnosticados anualmente, causando um grande impacto na saúde pública.

Os custos econômicos com a obesidade vêm se tornando preocupante nos últimos anos. Esse custo pode ser medido pelo impacto financeiro do sistema único de saúde (custos diretos) e pela a perda de produtividade e qualidade de vida. (custos indiretos). As doenças crônicas

relacionadas com o sobrepeso e a obesidade têm m alto índice na população, sendo que 2% está relacionado ao câncer de mama e 66.43% para diabetes mellitus tipo 2.

O Banco de leite humano é um centro especializado, obrigatoriamente, vinculado a um hospital materno e/ou infantil, responsável pela promoção do aleitamento materno e a execução das atividades de coleta, processamento e controle de qualidade do colostro, leite de transição e leite humano maduro, para posterior distribuição, sob prescrição do médico ou de nutricionista. É um estabelecimento sem fins lucrativos, sendo vedada a compra e venda na aquisição e distribuição dos seus produtos.

A retirada do leite humano é a ação da lactente de pressionar cuidadosamente a mama para a saída do leite, essa manipulação pode ser feita pela própria mãe ou por um profissional da saúde, deve ser feita manualmente por ser a forma mais efetiva, econômica e menos dolorosa, além de reduzir risco de contaminação. Essa ação deve seguir alguns passos de higiene e cuidados, para fazer isso, a mãe deve estar em um lugar calmo e tranquilo, lavar bem as mãos, seguindo até os cotovelos com água e sabão, secando com uma toalha limpa, deve prender os cabelos e usar toca para que não tenha perigo de o leite ser contaminado por cabelo e a mesma também deve estar usando máscara para que não aja risco de contaminação por bactérias, por fim, as mamas devem ser lavadas somente com água.

O leite retirado deve ser colocado em recipiente de vidro com tampa de rosquear, o leite já deve ser colocado no recipiente que irá ser armazenado e, caso esse leite seja para doação do banco de leite humano, a mãe receberá o recipiente de vidro esterilizado e lacrado, caso seja para próprio consumo deve lavar o vidro e colocar para ferver por quinze minutos e deve ser colocado para secar sob uma superfície que deve estar com um pano limpo e o vidro de boca para baixo, o vidro deve ser usado depois que estiver seco.

O leite vem cru, fica armazenado em congeladores e pode esperar até quinze dias para fazer a pasteurização. No momento em que irá ser realizado o degelo, o leite será colocado em banho-maria e vai ser degelado; a cada cinco minutos o recipiente é agitado para que o degelo seja uniforme.

O tempo de pré-aquecimento é o período compreendido entre o momento da colocação dos frascos a serem pasteurizados no banho-maria até a estabilização da temperatura do banho em 62,5°C. Tratamento térmico, conduzido a 62,5°C por 30 minutos, aplicado ao leite humano, com o objetivo de inativar 100% dos microrganismos patogênicos e 99,99% da microbiota saprófita, equivalendo a um tratamento 15°D para inativação térmica da *Coxiella burnetti*. A titulação tolerada é de 8°D, o leite depois de degelado é envasado e faz a titulação de acidez e

crematócitos. O leite é armazenado por quarenta e oito horas para esperar o resultado e ser distribuídos.

Na área de saúde coletiva, observa-se a atuação do nutricionista no Banco de Leite Humano, no qual é realizado um trabalho de excelência que, com certeza, garante o direito humano à alimentação adequada desde os primeiros dias de vida. O banco de leite humano realiza nas maternidades, no período de pós-parto, o incentivo e a orientação ao aleitamento materno; atua na área de assistência, fazendo o atendimento ambulatorial das puérperas que tenham dúvidas ou problemas nas mamas; e faz a captação do leite por meio de coleta domiciliar de doadoras que são devidamente capacitadas pelo banco de leite humano. Também processa o leite materno captado, operando com técnicas e procedimentos padronizados pela Rede Brasileira de Banco de Leite Humano, visando manter sua qualidade, isto é, pasteurização, análises microbiológicas, físico-químicas e bromatológicas.

Os primeiros anos de vida de uma criança, especialmente os dois primeiros, são caracterizados por crescimento acelerado e enormes aquisições no processo de desenvolvimento, incluindo habilidades para receber, mastigar e digerir outros alimentos, além do leite materno e o autocontrole do processo de ingestão de alimentos, para atingir o padrão alimentar cultural do adulto.

A promoção da alimentação saudável, de modo geral, deve prever um escopo amplo de ações que contemplam a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, com a introdução da alimentação complementar em tempo oportuno e de qualidade, respeitando a identidade cultural e alimentar das regiões. Esses hábitos alimentares adquiridos no decorrer da infância e da adolescência são fáceis de serem mantidos na vida adulta e durante o envelhecimento.

Cuidar da alimentação infantil é o primeiro passo para conter o avanço das doenças agudas ou crônicas não transmissíveis como anemia, diabetes, obesidade, hipertensão e outras doenças degenerativas que determinam complicações de saúde tanto na infância quanto na idade adulta. Os alimentos contêm nutrientes que se apresentam sob formas, consistências, texturas, sabores, odores e tratamentos culinários diferentes.

É no período da infância que os alimentos devem ser conhecidos nas suas várias e possíveis combinações. Em geral, as crianças tendem a rejeitar alimentos que não lhe são familiares e esse comportamento é normal, denominado de neofobia. Porém, com exposições frequentes, os alimentos novos passam a ser aceitos, podendo ser incorporados à dieta da criança. Os lactentes aleitados ao peito necessitam iniciar gradativamente a alimentação de

transição no sexto mês de vida, para que ao final do primeiro ano estejam participando das refeições com a família.

O leite materno (LM) contém tudo o que o bebê necessita até o 6º mês de vida, inclusive água. Assim, a oferta de chás, sucos, e água é desnecessária e pode prejudicar a sucção do bebê, fazendo com que este mame menos, pois o volume desses líquidos irá substituí-lo. A partir dos 6 meses, pode introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o LM até os 2 anos de idade ou mais. Os alimentos complementares são constituídos pela maioria dos alimentos básicos que compõem a alimentação do brasileiro.

Após completar 6 meses deve oferecer a criança 3 refeições por dia com alimentos complementares. O modo de viver da sociedade moderna tem determinado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, em geral não é favorável à saúde da população. A política Nacional de Alimentação e nutrição têm, entre seus propósitos, a promoção de práticas alimentares e modo de vida saudáveis, e nesse contexto, a prevenção e o tratamento da obesidade configuram-se grandes desafios.

As doenças e os agravos não transmissíveis vêm aumentando e, no Brasil, são as principais causas de óbitos em adultos, sendo a obesidade um dos fatores de maior risco. A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para promoção da saúde e redução de morbimortalidade. Entre as diversas ações necessárias para a promoção da saúde da população, estão as de promoção de hábitos saudáveis. As ações de promoção da saúde devem combinar três vertentes de atuação: incentivo, proteção e apoio.

Incentivo: as medidas de incentivo difundem a informação, promovem práticas educativas e motivam os indivíduos para adoção de práticas saudáveis. Apoio: as medidas de apoio tornam mais factível à adesão de práticas saudáveis por indivíduos e coletividade informados e motivados. Proteção: as medidas de proteção impedem que a coletividade e os indivíduos fiquem expostos a fatores e situações que estimulem práticas não saudáveis.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde devido à sua relação com complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol, triglicerídeos sanguíneos e resistência à insulina. Entre suas causas, estão relacionados fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos. (OMS, 2000).

O aumento da população que apresenta agravos crônicos não transmissíveis enfatiza a necessidade de organização do serviço de saúde para atender a essa demanda de maneira

organizada e qualificada. Atualmente, preconiza-se que o cuidado desses indivíduos seja organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS provêm cuidados que visam melhorar a Atenção à Saúde em três níveis: no nível micro (os indivíduos e suas famílias), no nível mesmo (serviços de saúde e a comunidade) e no nível macro (as macro políticas de saúde). As necessidades de os pacientes com condições crônicas são distintas daqueles com condições agudas, pois precisam de apoio continuado, não apenas de intervenções biomédicas, o cuidado deve ser planejado e de atenção capaz de prever suas necessidades. Para esse grupo, a atenção necessita ser integrada e, para sua efetividade, tem de envolver tempo, oferta de cuidados de saúde e o empoeiramento para o autocuidado.

Nesse sentido, a prevenção e o controle da obesidade devem prever a oferta de um escopo amplo de ações que apoiem os indivíduos na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou a recuperação do peso saudável. Por isso, torna-se necessária a articulação das RAS com uma rede muito mais complexa, composta por outros saberes, outros serviços e outras instituições, não apenas do setor saúde, ou seja, a busca da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, e essencialmente a busca de parcerias na comunidade e equipamentos sociais, implementando novas formas de agir, mesmo em pequenas dimensões.

Para a atenção ao indivíduo portador de sobrepeso e obesidade é necessária uma contínua ação de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) para identificação dos casos, estratificação de risco e organização da oferta de cuidado. A VAN pode ser realizada em todos os pontos de atenção da rede, desde a Atenção Básica (AB) até a Atenção Hospitalar. Na AB, além das Unidades Básicas de Saúde (UBS), destacam-se outros equipamentos e programas que são locais privilegiados para a ação: o Programa Saúde na Escola tem como uma das ações do Componente (Avaliação das condições de saúde) realizar o diagnóstico nutricional dos educandos, que, ao serem diagnosticados com excesso de peso, devem ser encaminhados para a UBS. Outro importante ponto de atenção, situado na AB, são as Academias da Saúde e similares, espaço privilegiado para a realização de práticas de promoção à saúde, constituindo-se em um espaço de captação de indivíduos com doenças crônicas, entre elas a obesidade.

O custo total de uma estimativa para um ano com todas as doenças relacionadas é de US\$ 20.152.102.171. As hospitalizações custam US\$ 1.472.742.952, 68,4% do total e os procedimentos de ambulatório, US\$ 679.353.348. Utilizando o PAR, o sobrepeso e a obesidade contribuem com uma porcentagem entre 6,28% a 14,3% desses custos, de acordo com o sexo, pacientes de ambulatório ou hospitalizados.

Os custos de hospitalizações por obesidade são maiores para os homens (US\$ 47 milhões para US\$ 46 milhões), porém o PAR foi menor do que o das mulheres. A situação inversa acontece com os custos de procedimentos ambulatoriais, os homens apresentam um PAR muito mais alto, porém um total de gastos menor (US\$ 12 milhões para 18 milhões).

A análise feita, em alguns grupos de doenças, demonstra que os maiores custos (cuidados ambulatoriais e hospitalização, nos dois sexos) foram de doenças cardiovasculares (US\$ 747 milhões), seguidos por neoplasia relacionada ao sobrepeso e à obesidade (US\$ 299.8 milhões, majoritariamente nas mulheres 79.5%), asma (US\$ 34 milhões), diabetes mellitus (US\$ 23.7 milhões) e osteoporose (US\$ 3.9 milhões). A maior parte dos custos com doenças cardiovasculares são devido a doenças coronarianas (60,5%). A obesidade custa ao Brasil 2,4% do Produto Interno Bruto (PIB), segundo um estudo internacional conduzido pelo *McKinsey Global Institute*, que mostra o aumento dos gastos no combate ao problema no mundo. O custo equivale a (R\$ 110 bilhões), considerando o PIB - a soma de todas as riquezas produzidas em um país - brasileiro em 2013 (R\$ 4,8 trilhões). A obesidade mundial já consome 2,8% de toda a riqueza produzida, segundo pesquisadores, isso equivale a R\$ 5,2 trilhões dos cofres governamentais. Diante disso, na fase escolar é importante que a escola, juntamente com os pais e os profissionais de nutrição, incentive que as crianças, desde pequenas, criem hábitos alimentares saudáveis.

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), disponível na Resolução nº 38 do Fundo Nacional de Desenvolvimento Escolar (FNDE) dispõe a aquisição dos produtos que é realizada por meio de uma licitação anual, a qual deve conter além dos cardápios, o cadastro dos fornecedores para manter a segurança dos alimentos que chegarão às escolas.

De acordo com a Resolução, existem várias normas a serem seguidas, entre elas: é dever do nutricionista responsável-técnica coordenar o diagnóstico e monitorar o estado nutricional dos estudantes, planejar o cardápio da alimentação escolar de acordo com a cultura alimentar de cada região, o perfil epidemiológico da população atendida e a vocação agrícola da região, acompanhando desde a aquisição dos gêneros alimentícios até a produção e distribuição da alimentação, bem como propor e realizar ações de educação alimentar e nutricional nas escolas. Souza diz que tanto pré-escolares (0 a 6 anos) como os escolares (7 a 12 anos), encontram-se em fase vulnerável fisicamente, necessitando, portanto, de ênfase no acompanhamento nutricional.

O PNAE repassa um valor aos estados e municípios por dia letivo para cada aluno, definido de acordo com a etapa de ensino. Para creches, o valor repassado é de R\$ 1,00 e pré-escola um valor de R\$ 0,50.

O atendimento infantil, operacionalizado por meio de creches públicas, pode contribuir, de maneira positiva para o crescimento e o desenvolvimento das crianças. As creches exercem o papel preventivo no que diz respeito à saúde das mesmas, à medida que associam à educação, ao cuidado básico com a saúde, à alimentação e à higiene. O censo escolar de 2003, revelou que, no Brasil, 7% das crianças de 0 a 3 anos frequentam creches. E uma das grandes responsabilidades da creche é a alimentação, pois o ato de alimentar adequadamente uma criança permite a ela se desenvolver com saúde intelectual e física, diminuindo ou evitando, também, o aparecimento de distúrbios e deficiências nutricionais, o que pode acontecer muito nessa fase.

Portanto, em função da importância da alimentação no atendimento das necessidades nutricionais na infância, as instituições escolares responsáveis pela alimentação das crianças, principalmente daquelas que permanecem por período integral devem fornecer uma dieta equilibrada do ponto de vista nutricional e, acima de tudo, segura do ponto de vista higiênico sanitária. A educação da criança pequena vem ganhando destaque nas políticas públicas nacionais, integrando a educação infantil na educação básica. Esse fato estimulou uma expansão ao atendimento às crianças de 0 a 6 anos na esfera pública e, acompanhada por outros fatores, atendendo principalmente na faixa de 0 a 2 anos.

No entanto, essa expansão ainda não foi suficiente para atender as demandas, fator este que ampliou o atendimento dessa faixa etária por organizações não governamentais, denominada de atendimento filantrópico. Para uma entidade ser reconhecida como filantrópica pelos órgãos públicos, precisa comprovar ter desenvolvido minimamente, pelo período de três anos, atividades em prol aos mais desprovidos, sem distribuir lucros e sem remunerar seus dirigentes. Souza diz que tanto pré-escolares (0 a 6 anos) como os escolares (7 a 12 anos), encontram-se em fase vulnerável fisicamente, necessitando, portanto, de ênfase no acompanhamento nutricional.

A criança em idade pré-escolar passa por um acelerado processo de maturação biológica, juntamente com o desenvolvimento social e psicomotor, tendo como participação fundamental a família e a comunidade. Além disso, em relação ao aspecto sociocultural, a alimentação aprendida na infância poderá influenciar o comportamento da criança em relação a hábitos de saúde na idade adulta. Por isso, a alimentação é um fator decisivo para o crescimento e desenvolvimento físico da alimentação e nutrição adequadas constituem direitos fundamentais do ser humano. São condições básicas para que se alcance um desenvolvimento físico, emocional e intelectual satisfatório, fator determinante para a qualidade de vida e o exercício da cidadania. Se for verdade que, muitas vezes, a falta de recursos financeiros é o maior obstáculo a uma alimentação correta, também é fato que ações de orientação e educativas têm um papel importante no combate a males como a desnutrição e a obesidade. Ao chamar a atenção de crianças e adolescentes para os benefícios de uma alimentação equilibrada, a escola dá a sua contribuição para tornar mais saudável a comunidade em que se insere. (CONSEA, p. 81).

Para a criança em idade pré-escolar, torna-se muito importante, o modo de como as refeições são realizadas. Tanto em quantidade como em qualidade, bem como o ambiente físico e emocional que os adultos proporcionam a elas.

Nas grandes e médias cidades do Brasil, 10 a 15% dos pré-escolares frequentam creches públicas. As creches são consideradas como uma estratégia dos países subdesenvolvidos para aprimorar o crescimento e desenvolvimento de crianças pertencentes aos estratos sociais menos favorecidos. Crianças em idade pré-escolar estão em fase de formação de hábitos alimentares e não aceitam novos alimentos prontamente. Essa relutância em consumi-los é conhecida como neofobia, isto é, a criança nega-se a experimentar qualquer tipo de alimento desconhecido e que não faça parte de suas preferências alimentares. As crianças não estão dotadas de uma capacidade inata para escolher alimentos em função do seu valor nutricional, sendo que seus hábitos são aprendidos a partir da experiência, da observação e da educação escolar, influenciando a formação da personalidade e, consequentemente, nas preferências alimentares. Os cardápios das escolas devem ser bem planejados, em especial os de Centro de Educação Infantil (CEI), devido ao tempo em que as crianças passam nas escolas. De acordo com a nova Resolução nº26, de 17 de junho de 2013, os cardápios são elaborados por nutricionistas, respeitando as referências nutricionais, os hábitos alimentares, a cultura alimentar e a sazonalidade.

É também estabelecido na Resolução nº38, de 16 de julho de 2009, que os cardápios deverão ser planejados, de modo a suprir, quando em período integral, no mínimo, 70% das necessidades nutricionais diárias dos alunos matriculados na educação básica. Nas creches, a preocupação com a alimentação é maior do que a dispensada para o desenvolvimento global da criança. De certa forma, as ações estão centralizadas na alimentação, que define os horários em que outras atividades devem ser iniciadas e terminadas, sendo que as refeições ocupam boa parte do tempo da criança. Além disso, a creche é percebida pela família como a oportunidade de fornecer à criança alimentação farta e de boa qualidade em um ambiente seguro. É, portanto, nesse ambiente que se encontra a grande oportunidade para a criança descobrir novos horizontes, socializar-se e criar expectativas que resultarão no alcance de condições dignas de vida.

A desnutrição infantil é um problema em boa parte do mundo com dimensões alarmantes associadas à pobreza, à desigualdade e a um expressivo fator de mortalidade de crianças em vários países em desenvolvimento, apesar de os esforços realizados nas últimas décadas para reduzir esse índice. Segundo o relatório da OMS publicado, 49% das mortes de

crianças menores de cinco anos, nos países em desenvolvimento, estão relacionadas à desnutrição.

Ela também aumenta o risco de doenças e pode afetar o crescimento e o desenvolvimento cognitivo. Além disso, crianças desnutridas têm mais chances de apresentar complicações de saúde na idade adulta. Por isso, a segurança alimentar e nutricional é uma questão básica de saúde na infância. No Brasil, não existe um retrato abrangente e atualizado da desnutrição específica na primeira infância. O último divulgado a respeito do tema foi a pesquisa nacional sobre a demografia e saúde (PNDS), de 1996, em comparação com dois estudos semelhantes nas décadas de 1970 e 1980. O profissional de nutrição tem papel fundamental na reeducação alimentar, além de orientar e adequar novos hábitos alimentares para os pacientes. Propor as mudanças de comportamento alimentar é um desafio para o profissional da área da saúde, pois os hábitos alimentares são influenciados pelos aspectos antropológicos, sociais e genéticos.

A família tem grande influência sobre os hábitos alimentares de uma criança, pois são oferecidos a ela, os alimentos consumidos pelos pais, e o comportamento dos pais sobre a alimentação infantil acaba repercutindo no comportamento alimentar desses filhos quando adultos.

Por isso, a importância de se construir hábitos alimentares adequados e saudáveis na infância, visto que uma alimentação adequada e saudável contribui para o crescimento e desenvolvimento.

Diretriz Brasileira de obesidade, 2009, sobrepeso e obesidade→diagnóstico. A prevenção faz toda a diferença na obesidade infantil. Durante a gestação, as necessidades calóricas e de nutrientes têm mudanças consideráveis. Nessa fase, o atendimento de um nutricionista é recomendável para garantir a saúde da mulher e do bebê. Na amamentação, o aleitamento materno fortalece o vínculo entre a mãe e o recém-nascido, além de ser essencial para a nutrição e proteção da criança. Por isso, a mulher deve dar atenção especial à sua alimentação com auxílio de um nutricionista.

A introdução alimentar, a partir dos 6 meses, o bebê pode ter contato com novos alimentos e sabores. Nesse momento, o nutricionista indicará uma dieta diversificada, para ajudar na formação de hábitos saudáveis e evitar o excesso de peso. A família, além de promover a alimentação saudável, deve incentivar o brincar e a atividade física e limitar a exposição à publicidade infantil. A escola, com a ajuda de um nutricionista, é fundamental na educação alimentar e nutricional, garantindo também o acesso à alimentação saudável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os apontamentos revelados no decurso desse texto, possibilitaram-nos interpretar a existência de uma polarização perante a alimentação das pessoas. Em quais aspectos, de um lado, uma farta possibilidade de consumo de alimentos processados, os quais, praticamente, em nada contribuiu nutricionalmente, conforme estudos apontados nos diz; e de outro, alimentos com potencialidades nutricionais e que por vezes, desprezados, por inúmeros motivos, mas um desses principais, dá-se devido à vida agitada dessa sociedade.

Nos aspectos que dizem respeito à lei que impediu a alimentação processada nos espaços escolares, trouxeram um fator relevante, sobretudo o que diz respeito a de educar nossas crianças, ou seja, seus paladares, ao gosto de alimentos mais saudáveis.

O imperativo aqui está no fato de proporcionar uma educabilidade e logo um comportamento de compreensão perante o consumo de alimentos, que acabam por desenvolver a médio e longo tempo, costumes adequados, bem como saudabilidade às pessoas.

Fato preponderante é o aumento da obesidade infantil, o que antes, acaba em meio a adultos, hoje afeta boa parte de crianças e adolescentes, o que se torna uma questão de estado. Há aspectos de gastos elevados com tais tratamentos decorrentes, muitas vezes, das condutas inadequadas de alimentação.

Nesse sentido, a educação nessa discussão está transversalizada, pois está inserida em suas nuances, ainda que, aparentemente, pareça inviabilizada.

REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Custos de Doenças Ligadas à Obesidade para o SUS.** Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/noticia/custos-de-doencas-ligadas-a-obesidade-para-o-sus>>. Acesso em: 15. jun. 2018.

ALEITAMENTO MATERNO A amamentação é a primeira oportunidade que tem uma mulher para assegurar a saúde, o bem-estar e a felicidade que toda mãe deseja para seus filhos (Marroquim, 2006).

ARAÚJO, M.F.M.; REA, M.F.; PINHEIRO, K.A.; Schmitz, B.A.S. **Avanços na Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Idade Infantil.** Revista Saúde Pública. São Paulo. Vol. 40.Nº3.2006.p. 513-520.

BALABAN, G.; SILVA, G.A.P. **Efeito Protetor do Aleitamento Materno Contra a Obesidade Infantil.** Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. Vol.80.Nº1.2004.p.7-16.

BALABAN, G.; SILVA, G.A.P.; DIAS, M.L.C.; FORTALEZA, G.T.M.; MOROTÓ, F.M.; ROCHA, E.C.V. **O Aleitamento Materno Previne o Sobrepeso na Infância?** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife. Vol. 4.Nº3.2004.p. 263-268.

BANCO DE LEITE HUMANO HU – Londrina

BARBOSA, V.L.P. **Prevenção da Obesidade na Infância e na Adolescência: Exercício, Nutrição e Prevenção.**

BBC. British Broadcasting Corporation. Obesidade já custa ao Brasil 2,4% do PIB, diz estudo. 2014. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/11/141120_obesidade_rp>. Acesso em: 17 jun. 2018.

BRASIL. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/11947.htm>. Acesso em: 17 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. FNDE. **Resolução/CD/FNDE nº 38, de 16 de julho de 2009.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8166-res038-16072009-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. FNDE. **Resolução/CD/FNDE nº 26, de 17 de junho de 2013.** Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/fnde/legislacao/resolucoes/item/4620-resolu%C3%A7%C3%A3o-cd-fnde-n%C2%BA-26,-de-17-de-junho-de-2013>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

DANELON, M. A. S; DANELON, M. S; SILVA, M. V. Serviços de alimentação destinados ao público escolar: análise da convivência do Programa de 31 Alimentação Escolar e das cantinas. **Rev. Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 85-94, 2006.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE:2009/2010. São Paulo: ABESO;2009.

<http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/11/obesidade-ja-custa-ao-brasil-24-do-pib-diz-estudo.html>

<http://portalms.saude.gov.br/component/tags/tag/oms>

<https://www.unicef.org/>

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24499

<http://mds.gov.br/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/seguranca-alimentar-e-nutricional/sesan-institucional/consea>

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24499.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS)**. 1996. Disponível em: <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr77/fr77.pdf>>. Acesso em: 16. jun. 2018.

INAN. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição/PNSN-1989. Arquivo de dados da pesquisa**. 1989. Disponível em: <http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=1150>. Acesso em: 15 jun. 2018.

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR-PNAE. **Fundo nacional de desenvolvimento da educação–FNDE**.

REVISTA BRASILEIRA DE OBESIDADE, NUTRIÇÃO E EMAGRECIMENTO, São Paulo v.1, n. 5, p.08-14, Set/Out. 2007. ISSN 1981-9919. **9 Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. ISSN 1981-9919 versão eletrônica Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício.