

Prevenção em Toda a Europa

ebook.ecog-obesity.eu/pt/epidemiologia-prevencao-europa/prevencao-em-toda-a-europa



Susanna Kugelberg

Susanna Kugelberg é Técnica Oficial em Informática da Divisão de Doenças Não-Transmissíveis e trabalha com a Teoria do Curso de Vida no Escritório Regional da Organização Mundial de Saúde Europeu.

Jo Jewell

Jo Jewell trabalha como Consultora de Nutrição na Divisão de Doenças Não-Transmissíveis e com a Teoria do Curso de Vida no Escritório Regional da Organização Mundial de Saúde Europeu.

João Breda

João Breda trabalha com Nutrição, Atividade Física e Obesidade na Divisão de Doenças Não-Transmissíveis e no Escritório Regional da Organização Mundial de Saúde Europeu.

Traduzido ao Português no âmbito da iniciativa PerMondo (traduções gratuitas das páginas web e documentos para associações sem fins lucrativos). Projeto dirigido por Mondo Agit. Tradutor: Paulo Paz.

A obesidade infantil continua sendo um grande desafio para quase todos os países da Europa. As estatísticas são perturbadoras, com altos níveis de sobrepeso e obesidade registrados em muitos países da região durante as últimas décadas¹. Onde as tendências recentemente começaram a aumentar, com taxas muito altas, seguidas de fortes determinante sociais da saúde. A Assembleia Mundial da Saúde recentemente adotou uma meta global para que todos os países renovem os seus esforços para diminuir o crescimento do sobrepeso (incluindo a obesidade) entre crianças com menos de cinco anos de idade, por volta de 2025. Na Europa, esforços significativos para combater o problema vêm sendo investidos para identificar potenciais soluções, com progressos na política de desenvolvimento em algumas áreas^{2,3}. Apesar disso, para realmente diminuir o crescimento da obesidade infantil, é necessário que haja uma grande ação política em todos os países.

A obesidade infantil é um problema multifacetado que inclui contextos psicológicos, comportamentais, genéticos, socioeconômicos, ambientais e políticos. Está bem claro de que as medidas que previnem a obesidade infantil devem ser tomadas em múltiplas ações e em todos os níveis do governo. Estes também precisam incorporar uma variedade de abordagens e envolver uma série de medidas das partes interessadas. As intervenções isoladas ou uma série de soluções para a obesidade infantil são mais suscetíveis de permanecerem largamente ineficientes e insustentáveis. As abordagens políticas que combinam mudanças no hábito alimentar e ambientes físicos, em uma base comunitária, intervenções de mudanças de comportamento e um forte foco nas habilidades e competências são mais promissoras e deveriam ser acompanhadas por monitoramento apropriado e sistemas de supervisão. Tais soluções requerem liderança comprometida com mecanismos governamentais no lugar e devem ser negociados e apoiados por muitas partes interessadas. Neste capítulo nós iremos focalizar em dois componentes-chaves importantes de uma abordagem compreensiva para a prevenção da obesidade infantil: (i) Mecanismos de apoio e estruturas dentro do governo, (ii) hábitos alimentares de toda a população e diretrizes de atividades físicas. Nós reconhecemos a importância de um terceiro componente, notavelmente em intervenções comunitárias, nas quais são direcionadas aos autores em outros capítulos.

Introdução à Situação Europeia

O sobrepeso e a obesidade estão altamente presentes entre crianças e adolescentes em países europeus, afetando em particular as crianças de pais⁴ sem educação escolar. A Iniciativa de Fiscalização da Obesidade Infantil Europeia da Organização Mundial de Saúde (COSI em inglês)⁵, semestre 2 (2009-2010), mostrou que, em média, uma em cada três crianças com idades de 6-9 anos estão com sobrepeso ou obesas em países que participam da pesquisa². A prevalência do sobrepeso (incluindo a obesidade) marcaram os níveis de 24% a 57% entre meninos e de 21% a 50% entre meninas e que a obesidade de 9% a 31% em meninos e 6% a 21% em meninas. O estudo sobre o Hábito Alimentar em Crianças com Idade Escolar (HBSC em inglês) da Organização Mundial de Saúde Europeu entre 2009 e 2010 mostrou que a prevalência do sobrepeso e da obesidade eram entre 11% e 30% para crianças com a idade de 11 anos, 12% e 27% para crianças de 13 anos e 10% e 23% para as de 15 anos de idade⁶. O estudo mostrou também que uma prevalência maior de sobrepeso está associada com um baixo status socioeconômico em alguns países. Esta é uma preocupação particular porque a obesidade infantil está associada a uma diversa quantidade de condições de saúde, e o sobrepeso ou a obesidade entre crianças são prováveis de persistirem na fase adulta, aumentando o risco de uma série de doenças, notavelmente

¹ A prevalência do sobrepeso em crianças abaixo de cinco anos de idade tem crescido notavelmente nos últimos 10 anos, com aumentos relativos de 3% a 5% por ano. Os sucessos na luta contra o aumento dos níveis entre crianças em idade escolar têm sido registrados no Chile, na França e na Suécia, embora limitados em algumas regiões e maiores em grupos com renda per capita superiores.

²Para obter informações sobre os países que participaram da pesquisa, visite: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/diseaseprevention/nutrition/activities/monitoring-and-surveillance/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>

doenças não transmissíveis (DSTs)⁷. Das seis regiões da Organização Mundial de Saúde, a Europa é a mais afetada pelas DSTs: doença cardiovascular, diabetes, câncer e doenças respiratórias (as quatro principais DSTs) juntas somam um total de 77% de doenças e quase 86% de mortalidades prematuras⁸. Para os homens da região europeia, as mortes causadas pelas DSTs estão estimadas em 13 vezes a mais do que outras causas de doenças juntas, e esta região tem a maior incidência de câncer de acordo com a idade (para ambos os sexos)⁹. Uma dieta não saudável, sobrepeso e obesidade contribuem para uma grande proporção de DSTs, incluindo doenças cardiovasculares e câncer, os principais causadores de mortes na região europeia da Organização Mundial de Saúde¹⁰. O excesso de peso (IMC>25), o excesso de consumo de energia, as gorduras saturadas, as gorduras trans, o açúcar e o sal, tanto quanto o baixo consumo de vegetais e frutas, grãos e falta de atividades físicas são altos fatores de risco¹¹. O sobrepeso afeta 30% a 80% dos adultos em países europeus¹⁰.

Dentro de tal contexto, muitos governos europeus criaram medidas para desenvolver e implementar uma variedade de políticas de prevenções para combater a obesidade infantil. Recentemente, os perfis dos 35 países membros da União Europeia³ mostraram que muitos países estão tomando medidas em algumas áreas, com uma série de países introduzindo políticas inovadoras (notavelmente em termos de políticas de alimentação escolar; restrições publicitárias; reformulações de alimentos; e, taxas de saúde pública). No entanto, ainda há significativas lacunas e implementações que poderiam ser levadas a diante. Particularmente, tem havido uma clara tendência para focalizar em tais áreas que têm o objetivo de fornecer informações ou promover uma sensibilização entre os consumidores, com menos ações tomadas em áreas que requerem mudanças estruturais ou ambientais para facilitar dietas mais saudáveis e promover atividades físicas, apesar destes serem identificados como prioridades¹².

Em tal momento crítico na Europa, com novas administrações e ferramentas da Organização Mundial de Saúde para ambas atividades nutricionais e físicas, descrevemos uma abordagem integrada para conter o aumento da prevalência em obesidade infantil (veja a caixa 1). Embora reconhecendo a grande importância das iniciativas comunitárias para conter a obesidade infantil, o foco deste capítulo será para discutir as ações em dois níveis: i) estruturas de apoio a nível governamental e ii) políticas a níveis populacionais.

Caixa 1: Uma abordagem integrada na prevenção da obesidade infantil

As determinações da obesidade são complexas e variadas e é importante reconhecer que nenhuma intervenção única introduzida em isolamento será apta para prevenir a obesidade infantil. Em julho de 2013, a Organização Mundial de Saúde do Escritório Regional Europeu organizou uma conferência ministerial sobre nutrição e DSTs, na qual levou a adoção da Declaração de Viena¹³. Tal Declaração obrigou a Organização Mundial de Saúde a desenvolver novos alimentos e planos de ações nutricionais e também requereu o desenvolvimento de uma estratégia de atividade física para a região. Reconheceu-se que as estratégias para melhorar o combate à obesidade requerer uma ação governamental compreensiva em uma série de áreas, especificamente através da implementação de um conjunto de políticas baseadas em políticas. Reconheceu-se também que adoções sucedidas e implementações destas políticas requerem ênfases contínuas na saúde em todas as políticas e conjunto de abordagens governamentais.

A nível estrutural, a prevenção da obesidade infantil pode ser facilitada por uma plataforma intragovernamental para coordenar e melhorar a eficiência do desenvolvimento do programa e implementação. Ao concentrar-se na melhoria do sistema e alterar as estruturas que as moldam, tais como

abordagens intragovernamentais que podem alinhar incentivos e assegurar engajamentos ativos dos departamentos e agências necessários, resultando em políticas de apoio, sistemas de vigilância adequados, destinação adequadas de recursos que podem facilitar o melhor caminho para regulações necessárias. A um nível de política de toda a população, a prevenção da obesidade infantil deveria ter um foco nas políticas para desenvolver o ambiente, na qual pode chegar a mudanças significativas em comportamentos relacionados à saúde em toda a população.

A nível comunitário, a prevenção da obesidade infantil inclui projetos e programas direcionados diretamente a funções específicas e grupos, como resposta aos fatores contextuais e promoção de uma oportunidade para incentivar o desenvolvimento de novas habilidades e competências, particularmente entre os nossos grupos mais vulneráveis. Como uma abordagem de duas vertentes, com um esforço deliberado a introduzir políticas a nível populacional ao mesmo tempo como iniciativas comunitárias, é suscetível de ser aplicada mutualmente.

Estruturas necessárias a nível governamental

Administração da saúde e estruturas de prestações de contas

Devido à natureza multissetorial de esforços de prevenção da obesidade infantil, as estruturas de governança multissetorial dos esforços de prevenção da obesidade infantil, estruturas administrativas intersectoriais envolvendo uma ampla gama de protagonistas estão crescendo visivelmente como pautas em agendas e ganhando apoio perante diferentes perfis a níveis nacionais e internacionais¹⁴. As abordagens do governo como um todo, incluindo- como por exemplo- um comitê de gabinete sobre a obesidade ou um plano de ação envolvendo todo o governo, é compreensível por adicionar valores devido ao seu potencial para facilitar o planeamento de departamentos importantes fora do setor de saúde (departamentos notáveis com responsabilidade para escolas, transporte e planeamento); direcionando parcerias de ações por todos os diferentes setores, com agendas compartilhadas e objetivos identificados; e ajuda para amenizar os obstáculos da implementação.

¹⁵⁻¹⁷ Assim sendo, o esforço articulado é necessário para amenizar o potencial de tais estruturas governamentais, na qual muitas vezes há frequentemente a percepção de que o setor de saúde pede aos

outros departamentos para fazer um pequeno esforço por eles, e as ações podem ser limitadas onde existam interesses diversos. Os governos engajados com tais abordagens precisam de padrões aprofundados a promover ações e monitorar o progresso dos compromissos.

O plano de ação global de prevenção e controle das DSTs da Organização Mundial de Saúde, do período de 2013-2020, também apoia as parcerias de colaboração entre agências governamentais, a sociedade civil e o setor privado reduzirá a mortalidade causadas por DSTs, de 25% por volta de 2025⁸. Em tal situação, cuidados essenciais são tomados para proteger os interesses públicos sobre os interesses privados, para garantir transparência e evitar conflitos de interesses¹⁸¹⁹. Particularmente, este plano de ação contra as DSTs está desenvolvido em três componentes para aumentar a transparência e o limite de influência de interesses comerciais e conflitos potenciais de interesse em processo de elaboração de políticas. Estes componentes são baseados no Quadro de Conferência da ONU, ” Proteger, Respeitar e Remediar⁴ ”. Primeiramente, é necessário que haja uma forte liderança governamental para afirmar compromissos para prevenir e cuidar das DSTs para que seja alcançada a redução de 25% em mortes prematuras causadas por DSTs, por volta de 2025. Então, entram em cena os três componentes para aumentar a transparência e prestação de contas:

Os componentes incluem:

1. Monitorar o progresso dos compromissos entre as partes interessadas
2. Rever o progresso alcançado
3. Atender apropriadamente de forma adequada os casos de DSTs

Reforçar o plano de ação contra as DSTs, a Organização Mundial de Saúde tem desenvolvido um Quadro de Monitoramento Global das DSTs, complementados com um conjunto de metas voluntárias globais, para permitir o seguimento global do progresso em prevenção e controle da maioria das DSTs²⁰. A perspectiva de fracasso político percebido e

Os princípios baseados nas três etapas incluem:

1. Proteger: os estados (governo nacional) têm uma obrigação legal e de política para contra os abusos dos direitos humanos. 2. Respeitar: as corporações têm uma responsabilidade de respeitar os direitos humanos e devem agir com diligência para identificar, prevenir, mitigar e divulgar como eles lidam com eles abordam os impactos sobre os direitos humanos. 3. Remediar: os governos são responsabilizados quando deixam de tomar as medidas adequadas para investigar, punir e reparar as violações dos direitos humanos por partes das empresas, através de políticas eficazes, legislação, regulamentos e adjudicação. Escritório dos Direitos Humanos, das Nações Unidas do Comissariado Superior (2011) Princípios Orientadores em Negócios e Direitos Humanos. Implementação do Quadro “Proteger, Respeitar e Remediar” das Nações Unidas. http://www.ohchr.org/Documents/Publications/GuidingPrinciplesBusinessHR_EN.pdf

a exposição internacional de não ser capaz de alcançar um compromisso acordado e os objetivos podem ser uma iniciativa política muito importante para mudar e investir em capacidade no domínio da saúde pública, embora a parceria, aceitação e incorporação de objetivos pelos governos nacionais são pré-requisitos para um impacto alcançado^{21,22} (ver caixa 2).

Caixa 2: Alcançar a saúde em parceria com o governo e a sociedade

A Política Europeia para a Saúde e Bem-Estar- Saúde 2020¹⁴ apoia e encoraja os ministérios da saúde para trazer as principais partes interessadas em um esforço coletivo para atender aos dilemas sobre alimentação, nutrição e saúde. Reconhece-se a contribuição de tais partes interessadas- particularmente pela sociedade civil e o setor privado- em formular agendas a nível regional. A Organização Mundial de Saúde define a administração da saúde e bem-estar como os esforços dos governos e outros responsáveis para orientar as comunidades, países inteiros ou até mesmo grupos de países na busca da saúde como parte integrante do bem-estar através da parceria entre o governo e a sociedade¹⁶. A política de saúde pública é a base para a administração da saúde e construção do corpo administrativo que desenvolve claramente os objetivos da saúde pública, um processo governamental e padrões éticos para todas as partes interessadas para abraçar a causa e agir.

Sistemas de Controle e Vigilância

Como mencionado na seção acima, um sistema de monitoramento e vigilância nacional é essencial, a fim de avaliar o progresso, avaliar a magnitude do problema, e para ajudar a identificar as políticas e ações específicas que ajudarão a resolver a situação.

Para monitorar o progresso dos compromissos em relação à obesidade infantil apresentados na Conferência Ministerial em Combate a Obesidade na Turquia, em 2006, a Organização Mundial de Saúde tem desenvolvido um sistema único e abrangente de vigilância infantil (COSI, em inglês) envolvendo crianças em idade escolar (de 6 a 9 anos de idade)⁴. O sistema COSI fornece dados mensuráveis de comparação, um resultado de um protocolo comum, padronizado em técnicas e exames de treinamentos⁵. Em cerca de 2, a prevalência de sobrepeso (incluindo a obesidade; definições da Organização Mundial de Saúde) variam entre 18% a 57% entre os meninos e entre 18% a 50% entre as meninas; de 6% a 31% dos meninos e de 5% a 21% das meninas eram obesas. O COSI coleta informações do índice de massa corporal (por idade), a circunferência do quadril e cintura, as mortalidades associadas, o consumo alimentar e os níveis de (in)atividades físicas. Além disso, o sistema também coleta informações sobre a alimentação escolar e os ambientes de atividades físicas através de um questionário padronizado. Dois outras ferramentas abrangentes para acompanhar o monitoração da antropometria e riscos de fatores comportamentais em ambiente escolar da Pesquisa Global da Saúde dos Estudantes em Idade Escolar (GSHS, em inglês)⁵ e da Pesquisa do comportamento alimentar em crianças em idade escolar (HSBSC, em inglês)⁶, da Organização Mundial de Saúde. A última pesquisa envolveu 44 países e região na Europa e América do Norte, mais de 60 tópicos e envolve mais do que 200.000 crianças e jovens. Os indicadores relevantes registrados incluem sobrepeso e obesidade auto-referidos entre crianças com idades de 11, 13 e 15, e os padrões de consumo alimentar. Além disso, a estrutura das metas voluntárias têm sido adotadas na área de nutrição materna, infantil e jovem²³.

⁴Os primeiros dados coletados foram realizados durante os anos escolares de 2007 e 2008 com a participação de 13 países. A segunda fase foi realizada durante os anos escolares de 2009 e 2010 com quatro novos países participantes: Grécia, Hungria, Republica da Maldivas, Romênia e Turquia. Estes países juntaram-se à terceira fase da coleta de dados, nos quais foram realizados nos períodos escolares dos anos de 2012 e 2013. A quarta fase do COSI está planejada para os anos de 2015 e 2016, onde

Cazaquistão já confirmou sua participação e mais países como a Polônia, Uzbequistão, Croácia, Eslováquia, Áustria e Dinamarca estão pensando em participar.

⁵ A Pesquisa Global sobre a saúde dos estudantes (GSHS, em inglês) é um projeto conduzido em colaboração com os Centros de Controle de Doença e Prevenção dos Estados Unidos, para maiores informações visite: <http://www.cdc.gov/GSHS/>, acessado em 4 de Julho de 2014.

Financiamento

Em toda a Europa, os países estão enfrentando o desafio de como proteger os fundos dedicados para garantir a sustentabilidade dos esforços de prevenção da obesidade e intervenções de promoção da saúde ²⁴. Como uma das respostas a este desafio, alguns dos países da região europeia estabeleceram agências de promoção de saúde ou fundações, financiadas por impostos cobrados do tabaco, álcool ou alimentos não saudáveis e bebidas não alcoólicas. Os impostos de saúde dos refrigerantes ou uma ampla gama de alimentos classificados como menos saudáveis por um modelo de perfil de nutrientes, será possível, se eles não forem muito pequenos, a demanda moderada para estes produtos, têm um efeito positivo sobre a saúde pública, ao mesmo tempo, aumentam as receitas adicionais necessárias para financiar a promoção da saúde e intervenções para combater a obesidade, bem como o consumo de frutas e vegetais²⁵. Os impostos de gordura da Hungria são, talvez, os mais abrangentes, e são adicionados aos alimentos com alto teor de gordura, açúcar, sal e teor de cafeína. O governo também aumentou as suas tarifas sobre o sódio e o álcool ²⁶. O governo declara que a receita do imposto de gordura será destinada aos custos de saúde e para as taxas de obesidade mais baixas ²⁷. Em 2012, o parlamento francês apoiou um imposto sobre as bebidas contendo açúcar ou adoçantes artificiais ²⁸. A metade do imposto arrecadado vai para o seguro estatal de saúde da França para ajudar a combater a obesidade, enquanto a outra metade está sendo usada para reduzir os custos relacionados com os trabalhadores agrícolas. Também financiado através de receitas fiscais, a Lei de Promoção da Saúde austríaca exige que o Ministério das Finanças deduza um montante auricular destinados à receita anual de vendas de impostos, antes que esta receita seja distribuída entre os níveis nacional e regional do governo ²⁹. A Suíça segue um modelo de financiamento diferente, na qual a Lei de Seguro de Doença estabelece que as seguradoras de saúde suíças recolham uma taxa anual de cada assegurado em nome da Promoção de Saúde da Suíça³⁰.

Fortalecimento dos sistemas e da capacidade de saúde públicas

A análise atual da situação do sistema de saúde mostra que há necessidade de reforçar a capacidade da força de trabalho de saúde pública para atender às doenças não transmissíveis, fatores de risco e comorbidades, incluindo a obesidade infantil ^{31,32}. Os fatores que contribuem podem ser escassos, desequilibrados e possuem uma incompatibilidade entre modelos educacionais das necessidades para a saúde^{32,36}. No programa Saúde 2020 e na Declaração de Viena há uma introdução para novas abordagens e inovações para melhorar a prestação de serviços públicos de saúde, além de melhor aproveitar a capacidade da força de trabalho atual, através do desenvolvimento profissional contínuo. Com relação à prevenção da obesidade infantil, existe uma necessidade de capacitação e desenvolvimento de habilidades em cuidados de saúde em ambientes, especialmente em relação à prestação de aconselhamento eficaz sobre dietas e saúde adequados e saudáveis e o aumento de atividades físicas, como também para o trabalho em um ambiente multi -disciplinar coma equipe de saúde e parceiros de outros setores. Reconhece-se que, se os serviços adicionais devem ser colocados no topo da carga de trabalho atual dos profissionais de saúde, sistemas de incentivo e bom desempenho também estarão em seus devidos lugares^{37,38}. Para este fim, é de fundamental importância que os governos desenvolvam políticas que assegurem a disponibilidade de trabalhadores de saúde suficientes com o relevante leque de habilidades , competências, capacidades e incentivos para prestar serviços de aconselhamento e prevenção para as suas populações ^{39,40}.

Normas e diretrizes

Os objetivos do consumo dietético a nível populacional e as diretrizes para uma alimentação saudável a níveis individuais, somados às recomendações a atividades físicas são fundamentos críticos para os esforços da prevenção da obesidade. Tais fundamentos precisam ser baseadas em evidências, regularmente atualizados, adaptados para diferentes grupos da população (ex.: crianças, adolescentes, idosos, grupos minoritários), e eficientemente passados para os legisladores e a população. Por exemplo, as diretrizes sobre a alimentação deveriam sustentar toda mensagem de sensibilização pública ou comunicação de mudança de comportamento. Além disso, ambos os consumos alimentares populacionais e as diretrizes alimentares são necessárias para informar o critério nutricional que apoia o desenvolvimento e a implementação de políticas privadas. Os sistemas que indicam quais os alimentos que podem ser classificados como “os prováveis contribuintes à uma alimentação saudável” ou “os menos prováveis contribuintes à uma alimentação saudável”, por exemplo, tais contribuintes são necessários para apoiar as políticas de alimentação e nutrição assim como as rotulações dos produtos e regulamentações de publicidades para crianças⁴¹. As autoridades locais estão baseadas em diretrizes (ex.: na proporção de espaço aberto para a construção de espaços físicos) para criar ambientes para transporte ativo e recreações. Os objetivos nacionais para a indústria alimentícia em composição alimentar, publicidade para crianças e saúde também podem apoiar a implementação política e informar sobre o objetivo do consumo alimentar.

Políticas e iniciativas a nível populacional

De acordo com a escala e a abrangência do desafio da obesidade infantil, houve um foco crescente nas intervenções políticas que se estenderam além da influência de comportamentos individuais para as mudanças do ambiente^{42,43}. Tem-se observado que a política (como comparado e baseado no programa) intervenções, com o foco na prevenção (como comparado ao tratamento) e focalizando no “montante” do ambiente alimentar, assim sendo as prováveis maiores opções para a mudança^{42,43}.

Esta mudança reconhece que as intervenções a níveis individuais são intensas em recursos naturais e, quando aplicadas isoladamente, têm um potencial limitado para um sucesso duradouro, também promovendo ambientes não saudáveis e limitando o acesso a alimentos saudáveis e oportunidades seguras para a atividade física. Esta abordagem é apoiada pela evidência de que muitos dos nossos comportamentos saudáveis são estruturalmente determinados, e portanto, passíveis de mudanças por meio de políticas que moldam o ambiente^{44,47}. Além disso, foi demonstrado com sucesso que as abordagens da população têm maior potencial para combater as desigualdades que as abordagens individualizadas, o que pode de fato fazer mais mal do que bem⁴. Atendendo ao desafio de identificar as medidas eficazes, tem havido apelos para uma "ampla" abordagem para a luta contra a obesidade infantil, com foco em medidas de base populacional que podem moldar as circunstâncias e as condições que atuam como determinantes subjacentes da dieta e atividade física em termos de comportamento⁴⁸. Os setores visados incluem todos os aspectos do sistema alimentar (como a agricultura, processamento, distribuição, publicidade, setores de varejo e serviços de alimentação) e setores que influenciam a atividade física no ambiente (como infraestrutura, transporte e setores da educação). Tendo como exemplo as políticas alimentares, tal abordagem

tem o potencial de influenciar tanto a oferta (ex.: através da reformulação de produtos alimentares, ou padrões nutricionais em especificamente) e a demanda do consumidor (ex.: através da rotulagem nutricional, restrições de comercialização e políticas de preços). As abordagens “pós” são complementadas pelas abordagens "contra", que podem aproveitar as vantagens de configurações específicas para as intervenções de saúde (ex.: as escolas, a comunidade e de recreação, e as instituições públicas de promoção de saúde), mas ainda mantêm a capacidade de influenciar uma quantidade significativa da população ⁴⁸.

Os padrões e as normas para ambas e políticas "pós" e " contra " são geralmente estabelecidas a níveis nacional ou regional . Reconhecemos que há grande desigualdades socioeconômicas , de gêneros e étnicas existem em termos de obesidade na Europa . Embora as políticas nesta área , tais como as taxas de imposto de renda , os mecanismos de segurança social , a habitação comunitária e as políticas de educação e de migração, sem dúvida influenciam nos resultados da saúde geral da população e incluindo a obesidade infantil , abordando estas questões são consideradas fora do foco deste capítulo. Estas devem , no entanto, ser uma parte essencial de uma estratégia de prevenção de DNTs.

A seção abaixo discute principalmente as políticas que influenciam os alimentos ambientais e a atividade física. A seleção de temas de entrada sobre as políticas é abrangente; isto inclui o uso da terra, a agricultura, a produção de alimentos e distribuição, a publicidade da indústria alimentícia, o estoque de alimentos e serviços, e a rotulagem. A evidência das políticas de alimentação tem sido também expandida rapidamente em anos recentes, assim como enfatiza a Organização Mundial de Saúde está agora encorajando uma maior implementação de um pacote de ações baseadas em evidências, com o apoio para o desenvolvimento e distribuição de tal prática. Por esta razão, a seção seguinte focaliza nas combinações de intervenções mais comuns citadas sobre a prevenção da obesidade infantil.

Campanhas de sensibilização, publicidade social e comunicação de mudança de comportamento

As campanhas públicas de sensibilização, a publicidade social e a comunicação de mudança de comportamento relacionados com a nutrição e a atividade física implementados em países juntamente com uma estratégia de fornecimento de informações aos consumidores (ex.: o desenvolvimento e a comunicação de orientações baseadas em alimentos dietéticos , a rotulagem nutricional e a comunicação para a mudança de comportamento são registradas através de mensagens diárias, 5 vezes por dia , através de meios de comunicação)⁴⁹. Nas campanhas específicas relacionadas com a atividade física têm sido rentáveis e, especialmente, quando executadas em paralelo com as outras intervenções do programa⁵⁰.

Caixa 3: Exemplos de campanhas de sensibilização ao público para promover a alimentação saudável e a atividade física

Desde 2001, o Ministério francês dos Assuntos Sociais e da Saúde e do Instituto Nacional de Prevenção da Saúde e da Educação executam uma campanha para uma vida saudável chamada "Coma e Move-te" (Manger Bouger, em francês) (PNNS). Esta campanha inclui um site, vídeos informativos e anúncio impresso (www.mangerbouger.fr) e foi criada em conjunto com a comissão governamental responsável pelo Programa Nacional de Nutrição e Saúde (Programa Nacional de Nutrição de Saúde, PNNS). Também no Reino Unido, o Departamento de Saúde inglês estabeleceu uma estratégia de publicidade social para reduzir a obesidade, chamada de Change4Life (mudar para viver, em uma tradução livre).

(<http://www.nhs.uk/change4life/Pages/change-for-life.aspx>). Tudo isso começou em 2008 com um programa de loja de conveniências no nordeste da Inglaterra para melhorar a acessibilidade da população às frutas e legumes em áreas de baixa renda e foi seguida por uma ampla campanha de publicidade social iniciada em 2009, tendo como alvo as famílias⁵¹. Promover o controle do peso, a alimentação saudável, a atividade física e o menor consumo de álcool usando o slogan "comer bem, se mover mais, viver mais tempo".

Promover e proteger a amamentação exclusiva e garantir a alimentação complementar adequada

O aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade é amplamente reconhecido como a melhor opção para a alimentação infantil e considerado uma prioridade na saúde pública. A curto e longo prazo os benefícios da amamentação para a criança e a mãe têm sido bem registradas, com – dentre outros benefícios - demonstraram efeitos protetores em termos de risco de obesidade e risco posterior de doenças não transmissíveis, as DSTs^{52,54}. O aleitamento materno tem sido descrito como um "leque de opções para a prevenção da obesidade"^{53,55,56}.

Um plano abrangente de implementação na alimentação materna infantil foi adotada pela Organização Mundial de Saúde dos Estados-Membros em 2012. Tal plano defende as políticas nacionais que promovem, protegem e apoiam a amamentação, e a implementação de ações recomendadas pelo Código Internacional de Comercialização dos substitutos do leite materno, a Declaração dos Innocentes, e as Iniciativas dos Hospitais dos Amigos da Criança. Por exemplo, os Hospitais da Iniciativa dos Amigos da Criança têm mostrado uma estratégia eficaz em aumentar o início e, em certa medida, a duração do aleitamento materno⁵⁷. A proporção dos hospitais no país que são designados "-amigos da criança" é um dos indicadores para avaliar o progresso e a prioridade do país. Um hospital é considerado "-amigo da criança" se os funcionários são devidamente treinados; as mães informadas sobre os benefícios do aleitamento materno e estejam recebendo ajuda para o início precoce; os bebês sejam alimentados com nenhuma outra forma de alimento ou bebida sem a indicação médica; e que não haja substitutos do leite materno gratuitos com o fornecimento de mamadeiras.

A publicidade de produtos alimentares e bebidas não-alcoólicas para crianças

A publicidade de alimentos ricos em gorduras saturadas, gordura trans, açúcar e sal e bebidas não-alcoólicas para crianças é generalizada e tem-se mostrado como influência para as preferências alimentares das crianças, os conhecimentos e atitudes de compras e opções de consumo. A publicidade de alimentos para crianças têm sido associadas aos padrões alimentares pouco saudáveis e o aumento do risco de sobrepeso e da obesidade. *O Grupo de Profissionais de Recomendações sobre a Publicidade de Alimentos e Bebidas Não-Alcoólicas para Crianças*, da Organização Mundial de Saúde, forecem um quadro de aplicações das recomendações para^{58,59} dadas com orientações claras sobre a forma de como os Estados-Membros podem tomar as medidas necessárias. Os Estados-Membros são incentivados a criarem

fortes medidas para reduzir o impacto global sobre as crianças de todas as formas de comercialização de alimentos ricos em energia, gorduras saturadas, gorduras trans, açúcar ou sal. Estas medidas terão o efeito de reduzir o poder das técnicas de comunicação utilizadas e da exposição total das crianças à publicidade desses alimentos. Definições claras e critérios são necessários para permitir os padrões de implementação, a saber: uma descrição clara das técnicas de publicidades abrangidas pela política; de como é determinada a comercialização destinada para as crianças (por exemplo, tempo, público alvo); os tipos de alimentos para restrições de comercialização que se aplicam; e, a idade da criança que a política visa proteger. Um relatório recente da Organização Mundial de Saúde da Europa mostra que a publicidade de alimentos para crianças é ainda generalizada e cada vez mais usando a mais ampla gama de canais de comunicação para atingir as crianças, incluindo as mídias sociais ². Estes documentos visam apoiar o desenvolvimento ou o reforço das políticas existentes na publicidade de alimentos para crianças através de orientações práticas através de projetos eficazes de políticas, instrumentos fundamentais para apoiar a implementação e recomendações práticas para os sistemas de monitoramento e avaliação. Existem exemplos de países que tomaram medidas para limitar a publicidade, como no Reino Unido e na Irlanda, com um estudo de caso sobre as respectivas experiências. Da mesma forma, a nível regional, a Organização Mundial de Saúde está procurando uma abordagem comum para as restrições de publicidade de alimentos, apoiando as abordagens comuns por meio da Rede de Ação da OMS para a Redução da pressão da Publicidade Para Crianças; a Rede de Ação trabalhou recentemente em conjunto para desenvolver os modelos de perfis de nutrientes que identificam os alimentos que podem não podem ser comercializados / para as crianças, assim como as políticas subjacentes. Em tal contexto, reconhece-se que as escolas devem ser ambientes livres de publicidade, protegidas de todas as formas de comercialização de alimentos (incluindo patrocínio) .

A melhoria de qualidade de alimentos para crianças

Com base na experiência nacional em outras áreas de desenvolvimento de políticas, a OMS Europa também fornece orientações sobre o fortalecimento e a expansão das estratégias do consumo de sal como uma prioridade, e a expansão destes programas a outros nutrientes, como a gordura saturada, o açúcar e a redução de calorias. Estes têm potenciais para contribuir com a obesidade infantil, pois possuem estes fazem parte da qualidade dos alimentos nutricionais mais consumidos por crianças. Além disso, a OMS está incentivando a expansão de políticas que estabelecem os critérios nutricionais para os alimentos disponíveis / fornecidos nas escolas, incluindo restrições que limitam a disponibilidade de alimentos ricos em gorduras saturadas, gorduras trans, açúcar ou sal (por exemplo, a proibição de vendas de máquinas e as normas alimentares para as cantinas das escolas). O consumo de frutas e vegetais nas escolas também devem ser expandidos, com vista a aumentar a quantidade e a frequência de frutas e legumes disponíveis, incluindo as várias faixas etárias. As Políticas em ambientes escolares têm grande potencial para influenciar as desigualdades na saúde, e têm sido amplamente demonstradas como uma abordagem em "toda a escola" - onde as políticas se aplicam a todos os alimentos fornecidos ou disponíveis - é mais eficaz, especialmente para o apoio de intervenções de mudança / educação de comportamento ^{60,61}.

O Esquema de Consumo de Frutas na União Europeia (UE) é um vasto esquema voluntário europeu que fornece frutas e vegetais grátis para crianças de 6 a 10 anos de idade, nas escolas, com o objetivo de incentivar os bons hábitos de consumos alimentares em crianças ⁶². O esquema é financiado por contribuintes da União Europeia e dos Estados Membros que implementam o esquema, e exigem a participação dos próprios Estados para criarem estratégias e aumentarem as iniciativas.

Medidas Físicas Específicas

Finalmente, tem havido um grande interesse na eventual aplicação de políticas de preços para tratar do excesso de peso e obesidade, com particular atenção para o papel dos impostos sobre as bebidas adoçadas com açúcar. Dado que não há provas suficientes para identificar as bebidas adoçadas com açúcar nas

políticas da obesidade infantil⁶³ e dos preços que abordam o consumo desses produtos para crianças que sofrerão com o impacto tangível^{42,43}. A evidência sugere que os consumidores mais jovens (principalmente os adolescentes, neste caso) são mais suscetíveis a sofrerem com os aumentos dos preços, e que o impacto global dos impostos é positivo em termos de resultados de saúde para os consumidores obesos e para os grupos mais vulneráveis, para quem a má saúde ao longo da vida pode ser uma barreira importante para o bem-estar e a plena participação na sociedade. Uma análise mais aprofundada deve também ser dada ao papel dos subsídios, incluindo por exemplo, a integração dos objectivos de nutrição claras em programas de assistência alimentar para as mulheres e crianças. Evidências emergentes sugerem que a inclusão de opções mais saudáveis (por exemplo, o consumo de pão integral e do leite desnatado) em programas de assistência ou incentivo de preços mais baixos em ambientes de varejo podem influenciar no comportamento de compra, com um provável impacto positivo na alimentação geral das crianças^{63,65}.

Políticas de atividades físicas

A Estratégia Global da OMS sobre a Dieta, Atividade Física e Saúde estabelece que os governos nacionais e locais devem prestar apoio para o incentivo de caminhadas, ciclismo e outras formas de atividade física acessíveis à população. Reconhece-se que as políticas e intervenções que modifiquem o ambiente físico são cruciais para provocar as alterações nos padrões de atividade física da população. A actual recomendação de atividade física para crianças e adolescentes entre 5 e 17 dos anos de idade, da OMS de atividade física são de pelo menos 60 minutos de moderada a rigorosa, a cada dia⁶⁶. O tipo de atividades podem variar como jogos, esportes, recreação, educação física ou um exercício planejado em um ambiente específico. As recomendações da OMS pode ser usadas pelos governos nacionais e locais a elaborar políticas e fornecer incentivos para garantir que as caminhadas, ciclismo e outras formas de atividades físicas acessíveis e seguras. Partindo da perspectiva de atividade física, as políticas ambientais com impacto no aumento de transporte público e espaços para as atividades recreativas das pessoas, também pode fornecer benefícios para a saúde, portanto, as intervenções orientadas para o ambiente construído, políticas que reduzam as barreiras à atividade física, as políticas e as políticas de transportes para aumentar o espaço para atividades recreativas são, portanto importantes⁶⁷. As intervenções da mídia em massa são necessárias e promissoras com a inclusão da televisão e do rádio, bem como materiais de impressão para serem executados em paralelo com actividades baseadas na comunidade. Tem sido demonstrado que as campanhas de mídia de massa que promovem a atividade física são eficazes se estes trabalharem em paralelo com os programas nas escolas ou comunidades locais e associados às políticas para lidar com os possíveis obstáculos⁵⁰.

Conclusão

As experiências da OMS na Europa são de grande importância de vários elementos-chave, nomeadamente: de alto nível da liderança política; uma estrutura de colaboração multissetorial dentro do governo e o engajamento efetivo dos responsáveis sociais e comunitários; as políticas sobre os ambientes alimentares e o monitoramento e a avaliação dos níveis de sobrepeso e obesidade na população, os fatores de risco alimentares, os níveis de atividade física e o impacto a longo prazo de políticas e intervenções^{12,68}. Os fatores facilitadores incluem fundos adequados e sustentáveis com o envolvimento ativo dos especialistas, e uma ênfase no desenvolvimento de funções, papéis e competências na força de trabalho na saúde pública para conduzir amplamente as implementações⁴⁰.

O governo tem um papel central no fornecimento de uma ampla gama de ações a nível populacional. Na Europa, uma vasta gama de políticas e iniciativas, incluindo as políticas que influenciam os ambientes

alimentares e os sistemas, os ambientes de atividade física e as campanhas de publicidade estão sendo promovidas e implementadas para a população em geral.

Referências

1. Ng M, Fleming T, Robinson M, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014.
2. Marketing of Foods High in Fat, Salt and Sugar to Children: Update 2012-13. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013. (Accessed August 20, 2014, at http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/191125/e96859.pdf)
3. Mapping Salt Reduction Initiatives in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013. (Accessed August 20, 2014, at http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/186462/Mapping-salt-reduction-initiatives-in-the-WHO-European-Region.pdf)
4. Obesity and inequities: Guidance for addressing inequities in overweight and obesity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. (Accessed August 20, 2014, at http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247638/obesity-090514.pdf)
5. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). (Accessed June 24, 2014, at <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/monitoring-and-surveillance/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>)
6. Currie. C, Zanotti. C, Morgan. A, et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. (Accessed August 20, 2014, at http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-wellbeing-among-young-people.pdf)
7. Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, et al. Overweight in Children and Adolescents: Pathophysiology, Consequences, Prevention, and Treatment. *Circulation* 2005;111:1999-2012.
8. Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 Geneva: World Health Organization; 2013. (Accessed August 20, 2014, at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf)
9. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. Geneva: World Health Organization; 2011. (Accessed August 20, 2014, at http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf)
10. Prevention and control of noncommunicable diseases in the European Region: a progress report. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe 2014. (Accessed August 20, 2014, at http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/235975/Prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-European-Region-A-progress-report-Eng.pdf?ua=1)
11. Flynn MA, McNeil DA, Maloff B, et al. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obesity reviews* : an official journal of the International Association for the Study of Obesity 2006;7 Suppl 1:7-66.
12. Global nutrition policy review. What does it take to scale up nutrition action? Geneva: World Health Organization; 2010. (Accessed August 20, 2014, at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84408/1/9789241505529_eng.pdf)
13. Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. WHO European Ministerial Conference on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020, 4-5 July 2013, Vienna, Austria; 2013. (Accessed August 20, 2014, at http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/193878/Vienna-Declaration.pdf)
14. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being: World Health Organization 2013. (Accessed August 20, 2014, at http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1)

15. Hawkes C, Ahern AL, Jebb SA. A stakeholder analysis of the perceived outcomes of developing and implementing England's obesity strategy 2008-2011. *BMC public health* 2014;14:441.
16. Kickbusch I, Gleicher D. *Governance for health in the 21st century*: World Health Organization; 2012.
17. Vallejo NH, P. *Governance and Multi- stakeholder Processes*. Winnipeg: International Institute for Sustainable Development; 2004.
18. Kraak VI, Swinburn B, Lawrence M, Harrison P. An accountability framework to promote healthy food environments. *Public health nutrition* 2014;1-17.
19. Smith PC, Anell A, Busse R, et al. Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy* 2012;106:37-49.
20. Draft comprehensive global monitoring framework and targets for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2013. (Accessed August 20, 2014, at http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-en.pdf)
21. Busch P-O, Jorgens H, Tews K. The Global Diffusion of Regulatory Instruments: The Making of a New International Environmental Regime. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 2005;598:146-67.
22. Post DL. Standards and Regulatory Capitalism: The Diffusion of Food Safety Standards in Developing Countries. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 2005;598:168-83.
23. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization; 2014. (Accessed August 20, 2014, at http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_annex2_en.pdf)
24. Schang LK, Czabanowska KM, Lin V. *Securing funds for health promotion: lessons from health promotion foundations based on experiences from Austria, Australia, Germany, Hungary and Switzerland*. Health Promotion International 2011.
25. Mytton OT, Clarke D, Rayner M. Taxing unhealthy food and drinks to improve health 2012.
26. Holt E. Hungary to introduce broad range of fat taxes. *Lancet* 2011;378:755.
27. Villanueva T. European nations launch tax attack on unhealthy foods. *Canadian Medical Association Journal* 2011;183:E1229-E30.
28. Nau JY. [Return of the salt tax on sugar and chips]. *Revue medicale suisse* 2011;7:1778-9.
29. Hofmarcher MM, Quentin W. Austria: health system review. *Health systems in transition* 2013;15:1-292.
30. [Program of action by the Swiss Foundation for Health Promotion/1998-2002]. *Sozial- und Preventivmedizin* 1998;43:207-12.
31. Jonsdottir S, Thorsdottir I, Kugelberg S, Yngve A, Kennedy N, P, Hughes R. Core functions for the public health nutrition workforce in Europe: a consensus study. *Public health nutrition* 2012;15:1999-2004.
32. Kugelberg S, Jonsdottir S, Faxelid E, et al. Workforce development in seven European countries: enabling and constraining factors. *Public health nutrition* 2012;15:1989-98.
33. Wright J, Rao M, Walker K. The UK Public Health Skills and Career Framework--Could it help to make public health the business of every workforce? *Public health* 2008;122:541-4.
34. Merrill J, Keeling J, Gebbie K. Toward Standardized, Comparable Public Health Systems Data: A Taxonomic Description of Essential Public Health Work. *Health Services Research* 2009;44:1818-41.
35. Fox A, Beyers J. Planning a graduate programme in public health nutrition for experienced nutrition professionals. *Public health nutrition* 2010;14:1479-88.
36. Jonsdottir S, Hughes R, Thorsdottir I, Yngve A. Consensus on the competencies required for public health nutrition workforce development in Europe - the JobNut project. *Public health nutrition* 2011;14:1439-49.
37. Palermo C, Hughes R, McCall L. A qualitative evaluation of an Australian public health nutrition workforce development intervention involving mentoring circles. *Public health nutrition*;14:1458-65.

38. Palermo C, McCall L. The role of mentoring in public health nutrition workforce development. Perspectives of advanced-level practitioners. *Public health nutrition* 2008;11:801-6.
39. Hughes R. Workforce development: challenges for practice, professionalization and progress. *Public health nutrition* 2008:765-7.
40. Kaplan AD, Dominis S, Palen JG, Quain EE. Human resource governance: what does governance mean for the health workforce in low- and middle-income countries? *Human resources for health* 2013;11:6.
41. Kafatos A, Fau - Codrington CA, Codrington CA. Nutrition and diet for healthy lifestyles in Europe: the 'Eurodiet' Project.
42. Ananthapavan J, Sacks G, Moodie M, Carter R. Economics of obesity--learning from the past to contribute to a better future. *International journal of environmental research and public health* 2014;11:4007-25.
43. Cawley J. The Economics Of Childhood Obesity. *Health Affairs* 2010;29:364-71.
44. Attaran A, Pang T, Whitworth J, Oxman A, McKee M. Health by law: the missed opportunity to use laws for public health. *Bull World Health Organ* 2012;379:283 - 5.
45. Brownell K, Farley T, Willett W, et al. The public health and economic benefits of taxing sugarsweetened beverages. *N Engl J Med* 2009;361:1599 - 605.
46. Nestle M, Jacobson MF. Halting the obesity epidemic: a public health policy approach. *Public health reports (Washington, DC : 1974)* 2000;115:12-24.
47. 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* 1999;29:563-70.
48. Population-based approaches to childhood obesity prevention. Geneva: World Health Organization; 2012. (Accessed August 20, 2014, at http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/WHO_new_childhoodobesity_PREVENTION_27nov_HR_PRINT_OK.pdf)
49. Perez-Cueto FJ, Aschemann-Witzel J, Shankar B, et al. Assessment of evaluations made to healthy eating policies in Europe: a review within the EATWELL Project. *Public health nutrition* 2012;15:1489-96.
50. Roux L, Pratt M, Tengs TO, et al. Cost effectiveness of community-based physical activity interventions. *American journal of preventive medicine* 2008;35:578-88.
51. Adams J, Halligan J, Burges Watson D, et al. The Change4Life convenience store programme to increase retail access to fresh fruit and vegetables: a mixed methods process evaluation. *PloS one* 2012;7:e39431.
52. Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013;382:427-51.
53. Lawrence RA. Breastfeeding--a public health issue, not just a matter of choice. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine* 2012;7:67-8.
54. Stuebe A. The risks of not breastfeeding for mothers and infants. *Reviews in obstetrics and gynecology* 2009;2:222-31.
55. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827-41.
56. Gouveri E, Papanas N, Hatzitolios AI, Maltezos E. Breastfeeding and diabetes. *Current diabetes reviews* 2011;7:135-42.
57. Merten S, Dratva J, Ackermann-Lieblich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 2005;116:e702-8.
58. Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization; 2010. (Accessed August 20, 2014, at http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/WHO_new_childhoodobesity_PREVENTION_27nov_HR_PRINT_OK.pdf)

59. Framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and nonalcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization; 2012. (Accessed August 20, 2014, at <http://www.who.int/dietphysicalactivity/MarketingFramework2012.pdf>)
60. Evans CE, Christian MS, Cleghorn CL, Greenwood DC, Cade JE. Systematic review and metaanalysis of school-based interventions to improve daily fruit and vegetable intake in children aged 5 to 12 y. *The American journal of clinical nutrition* 2012;96:889-901.
61. Spence S, Delve J, Stamp E, Matthews JN, White M, Adamson AJ. The impact of food and nutrient-based standards on primary school children's lunch and total dietary intake: a natural experimental evaluation of government policy in England. *PloS one* 2013;8:e78298.
62. Watson R. European Commission plans free fruit and vegetable scheme in schools. *Bmj* 2008;337:a829.
63. Sturm R, Powell LM, Chiqui JF, Chaloupka FJ. Soda taxes, soft drink consumption, and children's body mass index. *Health affairs (Project Hope)* 2010;29:1052-8.
64. Andreyeva T, Long MW, Brownell KD. The impact of food prices on consumption: a systematic review of research on the price elasticity of demand for food. *American journal of public health* 2010;100:216-22.
65. Andreyeva T, Luedicke J. Federal food package revisions: effects on purchases of whole-grain products. *American journal of preventive medicine* 2013;45:422-9.
66. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010. (Accessed August 20, 2014, at http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf)
67. Sacks G, Swinburn Ba Fau - Lawrence MA, Lawrence MA. A systematic policy approach to changing the food system and physical activity environments to prevent obesity.
68. Evaluation of the Norwegian nutrition policy with a focus on the Action Plan on Nutrition 20072011. Copenhagen WHO Regional Office for Europe; 2013. (Accessed August 20, 2014, at http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/192882/Evaluation-of-the-Norwegian-nutritionpolicy-with-a-focus-on-the-Action-Plan-on-Nutrition-20072011.pdf)

~ Sobre os Autores ~

Susanna Kugelberg

Susanna Kugelberg é Diretora Técnica e trabalha na Divisão de Doenças Não-Transmissíveis (DSTs) e como especialista na Teoria do Curso de Vida no Escritório Regional da OMS Europeia. Dra.Kugelberg vem trabalhando na área da política de nutrição da saúde pública e faz parte da equipe desde dezembro de 2013. Susanna é portadora do título de Mestrado em Ciências Políticas pela Universidade de Lund , na Suécia e PhD em Nutrição e Saúde Pública do Instituto Karolinska , também na Suécia. Sua experiência anterior de trabalho e interesses incluem políticas de nutrição , administração e desenvolvimento da força de trabalho de acordo com o contexto europeu e vem trabalhando com a política de ensino superior na UNESCO / HQ

Jo Jewell

Jo Jewell trabalha atualmente como consultor em Política de Nutrição no departamento de Divisão de Doenças Não-Transmissíveis (DSTs) e como especialista na Teoria do Curso de Vida no Escritório Regional da OMS Europeu. Sua experiência anterior inclui papéis como Política e Gerente de Relações Públicas no World Cancer Research Fund International (Fundo de Pesquisas Internacional do Câncer, em tradução livre), com sede em Londres , e como Coordenador de Política na Aliança Europeia de Saúde Pública , em Bruxelas. Dr. Jewell tem experiência em política europeia na Trinity College de Dublin e portador de mestrado em Política da Saúde , Planejamento e Financiamento na London School de Higiene e Medicina Tropical e na London School of Economics. Suas experiências e publicações referem-se principalmente à política de alimentação e nutrição, incluindo um foco em estratégias de prevenção e desenvolvimento em políticas eficazes.

João Breda

João Breda é PhD em Ciências da Nutrição pela Universidade do Porto. Formou-se em Ciências da Nutrição também na Universidade do Porto. Ele fez seu mestrado em Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e é portador de uma MBA da Universidade Europeia, em Barcelona.

Dr. Breda é Gerente de Programa: Nutrição, Actividade Física e Doenças não-transmissíveis e obesidade e Divisão de Promoção da Saúde no Escritório Regional da OMS Europeia e responsável por apoiar os 53 Estados-Membros Europeus da OMS sobre a execução da Carta Europeia de Luta contra a Obesidade e da Declaração de Viena sobre Nutrição e Doenças Não-Transmissíveis (DSTs), bem como avaliador da sua implementação durante o progresso. Sua equipe está aumentando a qualidade de vigilância sobre a obesidade infantil a nível global e desenvolvimento e trabalhando no momento no Plano de Acção Alimentar e Nutricional e uma estratégia de Actividade Física para a OMS Europeia.

João Breda trabalhou como nutricionista em Saúde Pública da Direcção-Geral de Saúde do Ministério da Saúde Portuguesa tendo lançado e conduzido durante vários anos, a Plataforma Nacional contra a obesidade. Publicou em revistas científicas e apresentou-se em congressos nacionais e internacionais,

várias dezenas de artigos e também publicou 22 livros. Dr.Breda foi pesquisador e professor de Nutrição da Universidade Atlântica e Chefe do Departamento de Ciências Nutricionais onde desenvolveu e implementou o primeiro Curso de Bacharelado em Ciências da Nutrição . Foi também acadêmico da Universidade de Algarve, Universidade da Escola Agrícola e da Escola de Turismo e Hotelaria, em Coimbra.

~ Como Usar Este Artigo ~

Você é livre em usar, compartilhar e copiar o conteúdo por mencionar este artigo, como se segue:

Kugelberg S, Jewell J, Breda J (2015). Prevenção em Toda a Europa. Em M.L. Frelut (Ed.), The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity. Retirado de ebook.ecog-obesity.eu

Não esqueça também de **dar crédito aos autores** quando usar este conteúdo. Por favor, visite o link: ebook.ecogobesity.eu/terms-use/summary/ para maiores informações.

~ Palavras Finais ~

Obrigado por ler este artigo.

If you have found this article valuable, please share it with someone that will be interested in.
Se você achou este artigo útil, por favor compartilhe com alguém que possa se interessar.

Também não esqueça de visitar o link: ebook.ecog-obesity.eu para ler e baixar mais artigos relacionados à obesidade infantil.