

# PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL: CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL

*Data de aceite: 01/04/2024*

### **Márcia Cristina Dalla Costa**

Doutora em Biociências e Saúde;  
Professora Adjunta da Universidade  
Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste),  
Campus Cascavel/PR  
<http://lattes.cnpq.br/2392711355251895>  
<http://orcid.org/0000-0003-0769-5290>

### **Rosa Maria Rodrigues**

Doutora em Educação; Professora  
Associada da Universidade Estadual do  
Oeste do Paraná (Unioeste), Campus  
Cascavel/PR  
<https://lattes.cnpq.br/2494334380681306>  
<https://orcid.org/0000-0002-7047-037>

**RESUMO:** No Brasil, a presença do excesso de peso associado às práticas inadequadas de alimentação integra o quadro de insegurança alimentar e nutricional em todas as idades. Políticas públicas têm sido propostas para alterar o quadro nutricional em que o sobrepeso e a obesidade são emergentes problemas de saúde pública. A saúde é um direito social desde 2010 e a promoção da saúde passou a integrar as políticas brasileiras no final do século XX e foi incluída nos projetos de formação de profissionais de saúde. Desde então,

o Ministério da Saúde vem implantando políticas intersetoriais para promover alimentação adequada e saudável, como forma de construir ambientes saudáveis, capazes de propiciar melhor qualidade de vida, promover saúde e prevenir as doenças crônicas não transmissíveis. Na área da educação políticas contemplam ações promotoras de saúde e de alimentação saudável aos escolares. Entretanto, pesquisas nacionais apresentam altas e crescentes prevalências de sobrepeso e obesidade, já em idade escolar, indicando que as políticas públicas que vêm sendo desenvolvidas parecem insuficientes para promover a saúde da população, apesar do arcabouço legal que as sustenta. A presente construção histórica e conceitual, reforça a necessidade de incluir o tema nas agendas públicas de todas as áreas, de forma que as diferentes políticas possam atuar em conjunto, visando a intersetorialidade e interdisciplinaridade, garantindo recursos materiais e financeiros para sua implementação. Requer que gestores e trabalhadores envolvidos, tenham visão ampliada sobre a determinação social dos problemas alimentares e nutricionais, bem como dos conceitos de saúde, promoção da saúde e alimentação adequada e saudável

pois, saúde e alimentação são direitos sociais garantidos pela Constituição Federal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Promoção da saúde; promoção da alimentação adequada e saudável; políticas públicas; direito à saúde.

## HEALTH PROMOTION AND ADEQUATE AND HEALTHY NUTRITION: HISTORICAL AND CONCEPTUAL CONSTRUCTION

**ABSTRACT:** In Brazil, the presence of overweight associated with inappropriate eating habits is part of the picture of food and nutrition insecurity at all ages. Public policies have been proposed to change the nutritional situation in which overweight and obesity are emerging public health problems. Health has been considered a social right since 2010, and health promotion has been part of Brazilian policy since the end of the 20th century and has been included in projects to train health professionals. Since then, the Ministry of Health has implemented intersectoral policies to promote adequate and healthy nutrition to build a healthy environment capable of providing a better quality of life, promoting health, and preventing chronic non-communicable diseases. In education, policies include actions to promote health and healthy eating among schoolchildren. However, national surveys show a high and increasing prevalence of overweight and obesity among school-age children, indicating that the public policies developed seem insufficient to promote the health of the population despite the legal framework that supports them. This historical and conceptual construction reinforces the need to include the issue on the public agendas of all sectors so that the different policies can act together, aiming at intersectorality and interdisciplinarity and guaranteeing material and financial resources for their implementation. It requires managers and workers involved to have a broader view of the social determination of food and nutrition problems and the concepts of health, health promotion, and adequate and healthy food since health and food are social rights guaranteed by the Federal Constitution.

**KEYWORDS:** Health promotion; promotion of adequate and healthy food; public policy; right to health.

## INTRODUÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948 tratou da saúde como direito de todo ser humano, sendo indissociável do direito à vida, que tem por inspiração o valor de igualdade entre as pessoas. Definiu, no artigo XXV, o direito a um padrão de vida capaz de assegurar saúde e bem-estar, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis ao cidadão e sua família (FIOCRUZ, 2020).

Em 1978, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Declaração de Alma-Ata), no Cazaquistão, expressou a necessidade de promover a saúde de todos os povos do mundo, reforçando a DUDH, no que tange ao direito à saúde e à vida, conceituando saúde como:

[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade [...] é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (OMS, 1978, p.4)

Nesta perspectiva, a conferência concita à ação internacional para que os cuidados primários de saúde venham beneficiar toda a população mundial, tendo como meta Saúde para Todos no Ano 2000, que seria alcançada pela Atenção Primária em Saúde (APS), incluindo, entre outras ações, a educação em saúde e a promoção de “boa alimentação e nutrição”. Ainda na conferência, emergiu a intersectorialidade como exigência para o alcance das metas para a saúde e qualidade de vida (OMS, 1978).

Em 2018, em Astana, foi realizada a Conferência Global sobre APS, em comemoração aos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, para renovar o compromisso da APS em direção ao alcance da cobertura universal em saúde. Entretanto, Giovanella *et al.* (2019, p. 4) reconhecem que esta conferência é uma referência internacional, porém, não supera a de Alma-Ata, no que se refere à justiça social e APS integral, relacionada diretamente com o desenvolvimento econômico e social. Os autores consideram a presença de lacunas e ambiguidades, especialmente quanto à cobertura e integralidade, podendo comprometer, entre outras, a Promoção da Saúde (PS) e o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), da agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU).

No Brasil, a ideia da saúde como um direito social foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária nas décadas de 1970/1980, culminando na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, com base na saúde enquanto direito garantido pelo Estado, cujo relatório traz um conceito ampliado de saúde, a qual é

[...] resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse de terra, acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado de formas de organização social de produção, as quais podem gerar profundas desigualdades nos níveis de saúde [...] condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL, 1986, p. 4)

No mesmo ano, em novembro, aconteceu a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, tornando-se referência para as ideias de PS em todo o mundo (BUSS *et al.*, 2020). Esta conferência foi um marco para a PS, reforçando a saúde como qualidade de vida resultante de vários fatores como alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação, colocando a PS como um processo para capacitar os indivíduos e comunidades para o autocuidado, não sendo de responsabilidade exclusiva do setor saúde, tendo em vista a necessidade de estilo de vida saudável para a conquista do bem-estar. Desta forma, “a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como

uma finalidade de vida” (OMS, 1986, p. 1).

Há que se reforçar, de certa forma, o papel do Estado para que a responsabilidade da PS não recaia sobre os indivíduos, quando considera que

[...] a saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros. (OMS, 1986, p. 4)

O conceito acima inclui o estilo de vida das pessoas, o qual é entendido como um “conjunto de comportamentos individuais capazes de favorecer a saúde”, entretanto, não retrata o modo de vida dos sujeitos, o qual é determinado socialmente. Nessa direção, o estilo de vida integrava o Informe Lalonde: Uma Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses, de 1974, o qual ampliou a ideia de PS, entretanto, traz o estilo de vida como uma das dimensões da saúde, complementada pela biologia humana, meio ambiente e organização da atenção à saúde. O estilo de vida era estendido a padrões de consumo, envolvendo as decisões individuais que interferem na saúde. Neste documento, mudanças no estilo de vida incluem os comportamentos relacionados, entre outros, com a alimentação, sendo considerados, à época, estratégias de PS (CZERESNIA; MACIEL; OLVIEDO, 2013).

Para Buss *et al.* (2020, p. 4726), o referido Informe “visava a enfrentar os custos crescentes da assistência médica, ao mesmo tempo em que se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, com poucos resultados significativos”. Os autores consideram, após 35 anos, a Carta de Ottawa como “um dos documentos fundadores do conceito contemporâneo de PS” (p. 4725) e reconhecem a importância das nove Conferências Internacionais sobre o tema para o seu aprofundamento conceitual e político. Atualmente, a PS é entendida como uma combinação de estratégias do Estado, da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais, com múltiplas responsabilidades, tanto para os problemas quanto para as soluções. A última Conferência Internacional realizada em 2016, em Shangai, teve como foco a PS por meio da adoção de medidas condizentes e com o alcance dos ODS, visando acelerar a sua implementação por meio de compromisso político e investimentos financeiros na PS.

No Brasil, a saúde é um direito social em virtude do movimento da Reforma Sanitária e da Conferência Nacional de Saúde de 1986 que, organizados com forças políticas puderam imprimir na Constituição Federal (CF) de 1988, a saúde como um direito de todos e dever do Estado. De forma que, em 1988, por ocasião da aprovação da CF, após período de vinte anos de ditadura militar, foi criado um Sistema de Saúde universal, público e gratuito, o Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo a PS na sua essência. No seu Art. 196, consta que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, s.p.)

A saúde como direito fundamental do ser humano foi reforçada pela Lei Orgânica da Saúde, a qual incorpora o conceito ampliado de saúde, colocando alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais, como fatores determinantes e condicionantes da saúde, considerando que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Para Czeresnia, Maciel e Oliviedo (2013), o conceito de saúde/doença muda no decorrer da história, tendo em vista que a valorização da saúde e o tratamento das doenças fazem parte da história das sociedades, em decorrência dos sistemas culturais vigentes e atuam na composição de modos singulares e suas relações com o mundo. Há de se considerar que os fatores condicionantes da doença são multifatoriais, cuja interrelação é sinérgica e aumenta o risco de doenças, resultantes da “sinergia de uma multiplicidade de fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, psicológicos, genéticos, biológicos, físicos e químicos” (ROUQUAYROL *et al.*, 2018, p. 16).

Observa-se que o conceito ampliado de saúde adotado no Brasil supera a ideia exclusiva de saúde como sinônimo de estilo de vida, definindo a saúde como resultante dos modos de vida, de organização e de produção em um determinado contexto histórico, social e cultural, buscando superar a concepção da saúde como ausência de doença, centrada em aspectos biológicos (BRASIL, 2018a), ou seja, apresenta um conceito positivo de saúde.

Vale ressaltar que esse conceito ampliado de saúde está inserido nas políticas públicas brasileiras desde a CF de 1988. Entretanto, as políticas públicas de PS ainda são recentes no Brasil, sendo necessário um olhar retroativo na história para entender a sua construção, tendo em vista que começou a ser desenhada no final do século XX e em 1998 foi incluída no MS, integrando a Secretaria de Políticas de Saúde (SILVA *et al.*, 2019) e, em 2006, foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2018a), reformulada em 2017 (BRASIL, 2017a). Em 2019, foi criado o Departamento de Promoção da Saúde na nova Secretaria de Atenção Primária no Ministério da Saúde (MS) (BUSS *et al.*, 2020). Importante acrescentar que a PS só entra no currículo de formação dos profissionais de saúde no final do século passado – XX (SILVA *et al.*, 2019).

A PNPS foi lançada no Brasil com vistas ao enfrentamento dos desafios de produção da saúde e à qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde. Esta Política está regulamentada pela Portaria de Consolidação nº 2<sup>1</sup>, de 28 de setembro de 2017, a qual ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de PS nos serviços e na gestão do SUS, sendo inserida na agenda estratégica dos gestores e no Plano Nacional de Saúde. A PNPS reforça a necessidade de articulação

---

1. O MS elaborou seis Portarias de Consolidação (PC) dos Atos Normativos, divididas em eixos temáticos, que resultou da análise de 17 mil portarias vigentes. Conhecidas como Código do SUS, para facilitar a compreensão de gestores, órgãos de controle e cidadãos; e dar maior transparência às regras. A PC nº 2/2017, refere-se às normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS.

com outras políticas públicas, visando o seu fortalecimento, a participação social e dos movimentos populares, para juntos enfrentar os determinantes e condicionantes da saúde, com vistas à equidade, à melhoria das condições e dos modos de viver e à afirmação do direito à vida e à saúde, dialogando com as reflexões dos movimentos no âmbito da PS (BRASIL, 2018a; 2017a). O MS conceitua PS como

[...] um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social. (BRASIL, 2017a, s.p)

Assim, insere as demais políticas e tecnologias existentes visando à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. No campo da atenção e do cuidado em saúde, a integralidade na PS passa a ser uma estratégia de produção de saúde que respeita as especificidades e as potencialidades na construção de projetos terapêuticos, de vida e na organização do trabalho em saúde, por meio da escuta qualificada dos trabalhadores e dos usuários, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do adoecimento para o acolhimento de suas histórias e condições de vida (BRASIL, 2017a).

Buss *et al.* (2020) reconhecem que a PS requer políticas públicas saudáveis, governabilidade, gestão social integrada, intersetorialidade, estratégias dos municípios saudáveis e o desenvolvimento local, e sugerem a inclusão da saúde em todas as políticas. Destacam ainda, o empoderamento da população organizada e uma “nova distribuição de deveres e direitos entre o Estado e a sociedade, entre indivíduos e coletivos, entre público e privado, a questão da participação é pré-requisito institucional e político para a definição da saúde que queremos” (p. 4732).

Ao analisar o modelo teórico-conceitual da PS, Carvalho (2004) considera que a consolidação de projetos socialmente transformadores nesta área requer a afirmação de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, sendo o caminho para ações efetivas de PS “Saudável” a utilização do conceito de “empoderamento comunitário” (p. 669). O autor cita relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS)/Europa, de 1984, o qual preconiza que a Nova Promoção à Saúde deve transformar as condições de vida dos menos privilegiados, favorecendo a participação popular nas decisões das ações de saúde.

Os termos “empowerment” ou “vulnerabilidade” estão sendo utilizados nos projetos de PS, por possibilitarem abordagens transdisciplinares. Entretanto, as práticas promotoras de saúde também utilizam conceitos preventivistas, à exemplo do conhecimento epidemiológico de risco, o qual é a base do modelo sanitário preventivo tradicional, cuja causa das doenças está na exposição aos riscos. A PS diferencia-se das práticas preventivistas por ultrapassar esta visão redutora, indo além do controle sobre os riscos individuais para evitar o surgimento das doenças, visando aumentar a saúde e bem-estar geral da população (CZERESNIA, 2003).

Para Czeresnia (2003), a PS se faz pelo estímulo à capacidade de escolha de cada um e do conhecimento científico. Desta forma, considera que a diferença entre a promoção e a prevenção está na incerteza deste conhecimento, cuja formulação das práticas de saúde acarreta mudanças na articulação e na utilização do conhecimento científico. A autora acrescenta que a base para as mudanças nas práticas de saúde está na construção dos limites dos conceitos de saúde e de doença pertinentes às experiências de saúde e de adoecer dos sujeitos e sua relação com a realidade.

Segundo Rouquayrol *et al.* (2018), prevenção é a ação antecipada, com vistas a deter ou interromper a evolução da doença e, quando se trata de saúde coletiva, a ação preventiva deve começar no nível das estruturas sociais, políticas e econômicas, tendo em vista que as ações dos profissionais de saúde serão eficientes quando essas estruturas estiverem equilibradas, para que sejam capazes de “eliminar elos da cadeia patogênica, ou no ambiente físico ou social, ou no meio interno dos seres vivos afetados ou suscetíveis” (p. 19).

Czeresnia, Maciel e Olviedo (2013, p. 61) reforçam que “o conceito de prevenção define-se como uma ação antecipada [...] a fim de interferir no seu progresso”, e acrescentam que “a diferença entre uma postura preventiva ou de PS se afirma nos modos de articulação com outros setores, conhecimentos e saberes” (p. 71), tendo em vista que comportamentos alimentares, entre outros, fazem parte das estratégias de PS, e que serviços preventivos, curativos e de reabilitação, integram a organização da atenção à saúde.

Portanto, a organização da atenção e do cuidado em saúde necessita de políticas públicas para evitar o surgimento de doenças ou agravos, causando impactos positivos na saúde da coletividade; e políticas preventivas, mediante correções no “*status quo* socioeconômico”, que funciona como uma das pré-condições de doenças (ROUQUAYROL *et al.*, 2018, p. 19).

Buss *et al.* (2020, p. 4733) colocam a estratégia dos municípios saudáveis, foco da IX e última Conferência Internacional de PS, realizada em 2016, como “uma das iniciativas que pode propiciar, através de uma nova institucionalidade social, a PS por intermédio da ação intersetorial”. Consideram que,

[...] é no movimento dos municípios saudáveis e em ações intersetoriais, na saúde e em todas as políticas, e no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde que tais estratégias se concretizam, através de seus próprios fundamentos e práticas, que estão estreitamente relacionados com as inovações na gestão pública para o desenvolvimento local integrado e sustentável, “vis a vis” a nova Agenda 2030 e seus Objetivos do Desenvolvimento Sustentável”. (BUSS *et al.*, 2020, p. 4723)

Faz-se importante acrescentar que na IV Conferência Internacional de PS, realizada em Jacarta, em 1997, quando da definição das prioridades para a PS, a escola foi incluída como um dos cenários preferenciais para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde (BUSS *et al.*, 2020), vindo ao encontro das ações propostas pelo Programa Saúde na Escola (PSE), implantado em 2007, uma iniciativa interministerial do MS e da Educação (MEC) (BRASIL, 2007).

De acordo com os achados da pesquisa de Campos (2018), com professores do ensino médio dos colégios públicos de um município do Oeste do Paraná, sobre o processo de saúde e doença na percepção do professor, o autor identificou que o conceito de saúde é um processo em permanente construção e, diante disso, é necessário que os profissionais que atuam diretamente na PS da população reconheçam que saúde e doença não representam a mesma coisa para as pessoas, pois são influenciadas pela época e lugar em que a pessoa vive, suas relações sociais, valores individuais e coletivos, concepções cotidianas, científicas, religiosas e filosóficas. O estudo sugere que:

[...] as ações de promoção à saúde e de prevenção aos agravos devem ser expandidas para além das unidades de saúde existentes para a população em geral [...] é necessário disseminar práticas saudáveis nos espaços onde esses sujeitos trabalham [...] promover condições salubres de trabalho e reduzir vulnerabilidades ou riscos à saúde decorrentes dos fenômenos sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais são medidas que trazem benefícios existenciais à vida dos professores e, em decorrência, maior qualidade e produtividade à sua atuação profissional, com evidente benefício aos alunos e à sociedade na qual atuam. (CAMPOS, 2018, p. 116)

Nesta perspectiva, Lima, Malacarne e Strieder (2012, p. 203) reconhecem a importância do trabalho inter e multidisciplinar da escola para a formação em saúde das futuras gerações, porém, ressaltam que o papel da escola está em formar pessoas para pensar por si próprio, para que possam fazer escolhas livres e responsáveis. Para isso, “a escola deve fornecer as condições específicas para que crianças e adolescentes trabalhem sobre os determinantes dos riscos à vida” (p. 203).

Pelicioni e Torres (1999), ao se referirem à Escola Promotora de Saúde<sup>2</sup>, retomaram o conceito de “currículo oculto”, bastante explorado por Tomas Tadeu da Silva no final do século XX (SILVA, 2005), ao entendimento de que o conhecimento de educação em saúde deve expandir-se pelo apoio recíproco entre a escola, as famílias e a comunidade, não necessitando do currículo explícito.

De acordo com as recomendações da OMS, a prevenção e gestão da obesidade ao longo da vida, requer “ambientes saudáveis, favoráveis e propícios que permitam o consumo de dietas saudáveis e energeticamente equilibradas, níveis adequados de atividade física e atenção à saúde mental” (WHO, 2022, p. 108), com ações de abordagem sistêmica. Aos governos, recomenda-se

[...] aplicar abordagens, ações e estratégias multissetoriais e de Saúde em todas as Políticas nos diferentes níveis da cadeia causal da obesidade, uma vez que a prevenção e o manejo da obesidade só podem ser alcançados influenciando simultaneamente as políticas públicas em múltiplos domínios [...] Esses devem abordar saúde, sistemas alimentares, proteção social, ambiente construído e atividade física, finanças e comércio, alfabetização e

---

2. Escolas Promotoras da Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2000), considera as interfaces do espaço escolar com a sociedade e o compromisso com as condições de vida das gerações futuras, “fomentando o desenvolvimento humano saudável e as relações humanas construtivas e harmônicas, que promovam aptidões e atitudes positivas para a saúde”.

educação em saúde, entre outros [...] Planos de ação nacionais abrangentes e baseados em evidências para a prevenção e controle da obesidade em todas as idades e grupos populacionais também devem ser desenvolvidos. (WHO, 2022, p. 109)

Desde a criação do SUS, o MS vem implantando políticas que visam assegurar a alimentação saudável e nutritiva, para garantir o estado nutricional eutrófico, por meio de ações educativas para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (Paas), como forma de construir ambientes saudáveis, capazes de propiciar melhor qualidade de vida à população, promover saúde e prevenir as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Como exemplo, pode-se citar a implantação das Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição (Pnan), de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), PNPS, de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), de Vigilância em Saúde (PNVS), de Atenção Básica (Pnab), PSE, Programa Saúde da Família (PSF), Núcleos de Saúde da Família (Nasf), Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), Programa Academia da Saúde, Programa Crescer Saudável, Plano Nacional de Combate à Obesidade, Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022 e 2021-2030 (BRASIL, 2021; 2019; 2016; 2011; 2007), entre outros.

Da mesma forma, na área da educação, as ações educativas para a Paas estão contempladas no Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae) (BRASIL, 2020), na Base Nacional Comum Curricular (BNCC) (BRASIL, 2018b; 2017b) e no PSE (BRASIL, 2007).

A “Paas – enquanto uma estratégia e enquanto objeto de ação de Estado – é uma ação intersetorial” (ABRANDH, 2010, p. 156), necessitando do envolvimento de todas as áreas governamentais, compreendendo que “promover a saúde é atuar para modificar os determinantes do processo saúde/doença da população e da comunidade” (p. 157), sendo a alimentação um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 2013a).

O conceito de alimentação saudável e adequada é um ponto comum que faz a conexão entre três conceitos chaves: PS, Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA); uma vez que a alimentação é condição essencial para a saúde (BRASIL, 2013a), presente no conceito ampliado de saúde (BRASIL, 1986), e que a promoção de práticas alimentares promotoras de saúde compõe o conceito de SAN (BRASIL, 2006), vindo ao encontro do DHAA (ABRANDH, 2010).

Importante acrescentar que o termo ‘adequado’ está relacionado ao DHAA e foi inserido no conceito de SAN a partir da criação do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan), em 2006, cuja Lei Orgânica apresenta no Art. 2º, que

[...] alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população. (BRASIL, 2006, p. 3)

Entretanto, o DHAA, mesmo presente nas políticas de SAN só foi inserido na CF em 2010 (BRASIL, 2010). De acordo com o Marco de referência de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para as políticas públicas, na esfera da SAN, a EAN ancora-se no Sisan (BRASIL, 2006), o qual inclui a consecução do DHAA e da SAN da população, abrangendo, entre outros, “a promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações em situação de vulnerabilidade social” (BRASIL, 2012).

Além de integrar a PNPS e a PNSAN (BRASIL, 2006), a EAN está incluída, de maneira transversal, em todas as diretrizes da Pnan, sendo estratégica para o cumprimento da diretriz Paas (BRASIL, 2013b; 2012), a ser realizada durante todo o curso da vida, tendo em vista que campanhas educativas para a alimentação saudável e adequada não gerariam o impacto suficiente e necessário para controlar e reduzir o número de casos de pessoas com obesidade, embora devam compor o leque de ações (ABRANDH, 2010).

Apesar da sua relevância, a EAN vem sendo construída no Brasil desde meados do século XX e ainda não tem um espaço de ação claramente definido, da mesma forma em que ela está em todos os lugares, ela não está em nenhum lugar. O principal desafio da EAN é ultrapassar o olhar das necessidades alimentares dos indivíduos, para a produção, abastecimento e transformação dos alimentos de forma sustentável (BRASIL, 2012, p. 14), possibilitando abranger a SAN.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As escolhas alimentares sofrem várias influências, tanto de determinantes coletivos, ocasionados por fatores econômicos, sociais e culturais, quanto de determinantes individuais, cujo conhecimento sobre alimentação e nutrição, e a percepção sobre alimentação saudável de cada um, exercem grande influência.

As ações de Paas devem contemplar as dimensões alimentar e nutricional que envolvem todo o sistema alimentar, valorizando os saberes e a cultura alimentar dos sujeitos, promovendo o autocuidado e a autonomia para que as pessoas possam fazer escolhas conscientes e sustentáveis, na perspectiva de que a alimentação é um direito social de todo cidadão brasileiro (BRASIL, 2012; 2010).

Promover a saúde por meio da Paas requer compromisso concreto de outros setores do governo, necessitando ser incluída nas agendas públicas, de forma que as diferentes políticas possam atuar em conjunto, visando a intersetorialidade e a interdisciplinaridade para a PS, Paas e a realização do DHAA (ABRANDH, 2010).

## REFERÊNCIAS

ABRANDHT. Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos. **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília, DF: Abrandh; 2010. 204p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2021-2030**. Brasília: MS, 2021.

BRASIL. **Resolução nº 06, de 08 de maio de 2020**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Alimentação Escolar. Brasília, DF: MEC, [2020].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Crescer Saudável 2019/2020**: Instrutivo. Brasília: MS, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: MS, 2018a.

BRASIL. Lei Federal nº 13.666, de 16 de maio de 2018. Inclui o tema transversal da educação alimentar e nutricional no currículo escolar. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos, [2018b].

BRASIL. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 02 de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 28 ago. 2017. Brasília, DF: MS, [2017a].

BRASIL. **Base Nacional Comum Curricular - BNCC**. Inclui conteúdo sobre alimentos e alimentação no Ensino Fundamental. Brasília: DF: MEC, 2017b.

BRASIL. **Portaria nº 1.707/GM/MS, de 23 de setembro de 2016**. Inclui o nutricionista como profissional do Programa Academia da Saúde. Brasília, DF: MS, [2016].

BRASIL. Lei Federal nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Inclui a alimentação como fator determinante e condicionante da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 25 set. 2013b. Brasília, DF: MS, [2013a].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: MS, 2013b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, DF: MDS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Constituição Federal. **Emenda Constitucional nº 64, de 5 de fevereiro de 2010**. Introduz a alimentação como direito social. Brasília, DF: Presidência da República, [2010].

BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola. Brasília, DF: Presidência da República, [2007].

BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, DF: Presidência da República, [2006].

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF: Presidência da República, [1990].

BRASIL. Constituição Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [1988].

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Relatório Final. 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1986.

BUSS, Paulo Marchiori *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciêñ Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020.

CAMPOS, Terezinha Aparecida. **O caleidoscópio do processo de saúde e doença na percepção de professores do ensino médio dos colégios públicos do município de Cascavel/PR**. Dissertação/ UNIOESTE/Cascavel, PR, 2018.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciêñ Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CZERESNIA, Dina. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. *In*: CZERESNIA D, FREITAS CM (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OLVIDO, R. A. M. **Os Sentidos da Saúde e da Doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. 119 p.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Pense SUS: Direito à Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. e00012219, 2019.

LIMA, Dartel Ferrari de; MALACARNE, Vilmar; STRIEDER, Dulce Maria. O papel da escola na promoção da saúde – uma mediação necessária. **EccoS**. São Paulo, n. 28, p. 191-206, 2012.

OMS. Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Alma-Ata, URSS: OMS, 1978.

OMS. Organizacion Mundial de la Salud. **Carta de Ottawa para la Promocion de la Salud**. Ottawa, Canada: OMS, 1986.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi; TORRES, André Luis. **A Escola Promotora de Saúde**. Série Monográfica nº 12 - Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 1999.

ROUQUAYROL, Maria Zélia *et al.* Epidemiologia, História Natural, Determinação Social, Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde. *In*:

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M.; SILVA, C. **Epidemiologia & Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018.

SILVA, Cristiane Maria da Costa *et al.* Educação em Saúde e suas práticas ao longo da história brasileira. *In*: **Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática**. 2. ed, Rio de Janeiro: Santos, 2019.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de Identidade: uma introdução às teorias do**

WHO. World Health Organization. Executive Board EB150/7 150th session. **Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases**. 11 January 2022.