

Sercopar

Sindicato das Empresas de Refeições
Coletivas e Alimentação Escolar
do Estado do Paraná

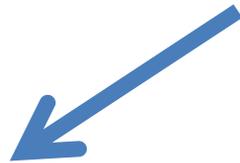
Perfil atual e perspectivas do estado nutricional da população brasileira

Sandra Chemin

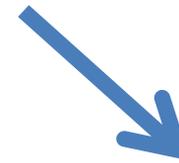
POPULAÇÃO BRASILEIRA



TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS



**MUDANÇAS NO
PADRÃO DE
SAÚDE**



**MUDANÇAS NO
CONSUMO
ALIMENTAR**

TRANSFORMAÇÕES



Aumento vertiginoso do excesso de peso em todas as camadas da população.

Diminuição da pobreza e exclusão social e por consequência da fome e desnutrição.

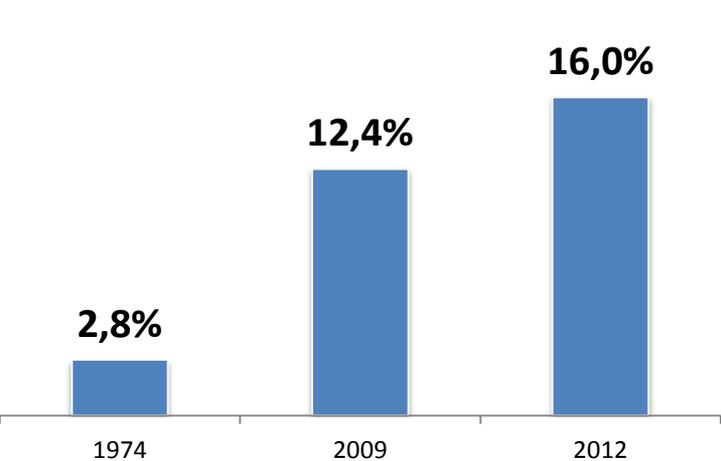
Evolução do estado nutricional de homens e mulheres

Homens 

Déficit de peso

- 1974: 7,2%
- 2009: 1,8%

Obesidade

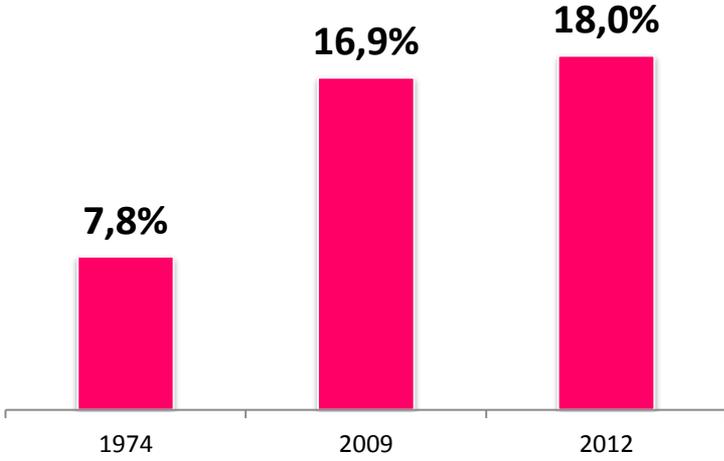


Mulheres 

Déficit de peso

- 1974: 10,2%
- 2009: 3,6%

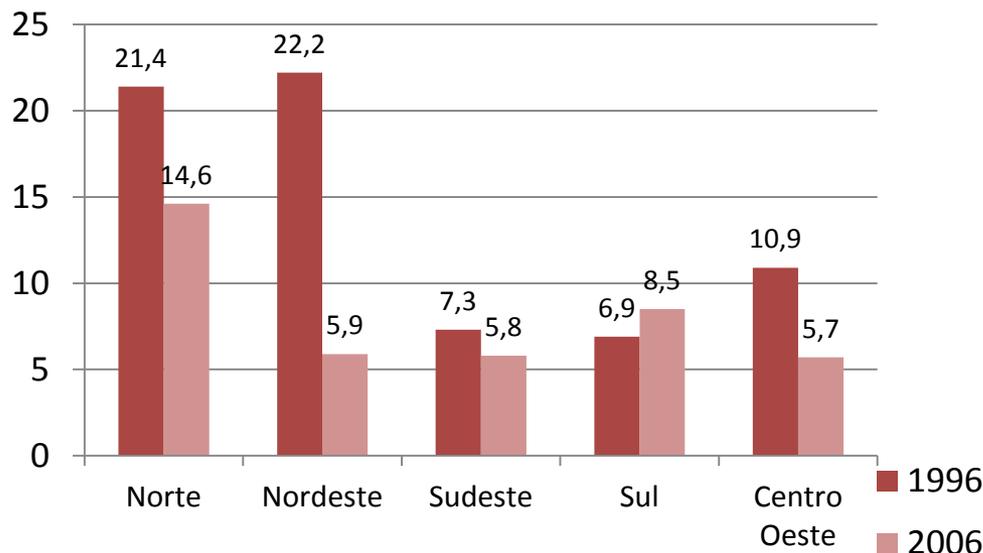
Obesidade



Fonte: ENDEF, 1974; PNSN, 1989; POF, 2003 e 2009, VIGITEL, 2012.

Tendência da desnutrição infantil no Brasil

Déficit de altura para idade



Principais fatores atribuíveis à redução da desnutrição infantil

25% ao aumento da escolaridade materna;
 22% ao crescimento do poder aquisitivo das famílias;
 12% à expansão da assistência à saúde;
 4% à melhoria nas condições de saneamento.

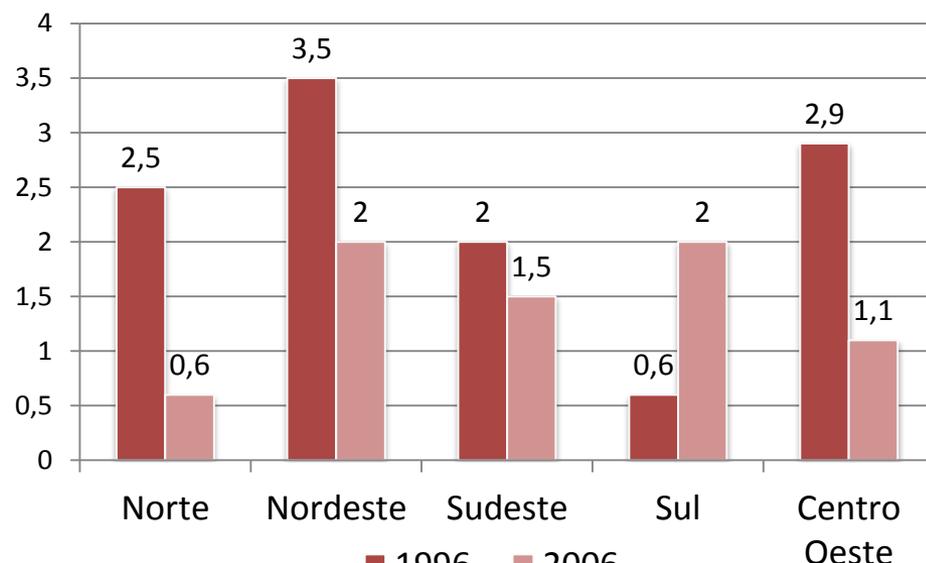
Rev Saúde Pública 2009;43(1):35-43

Diferenças nas taxas de desnutrição nas crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família

baixo peso (4,6%)
 déficit de crescimento (14,5%)
 excesso de peso (16,4%)

são mais prevalentes

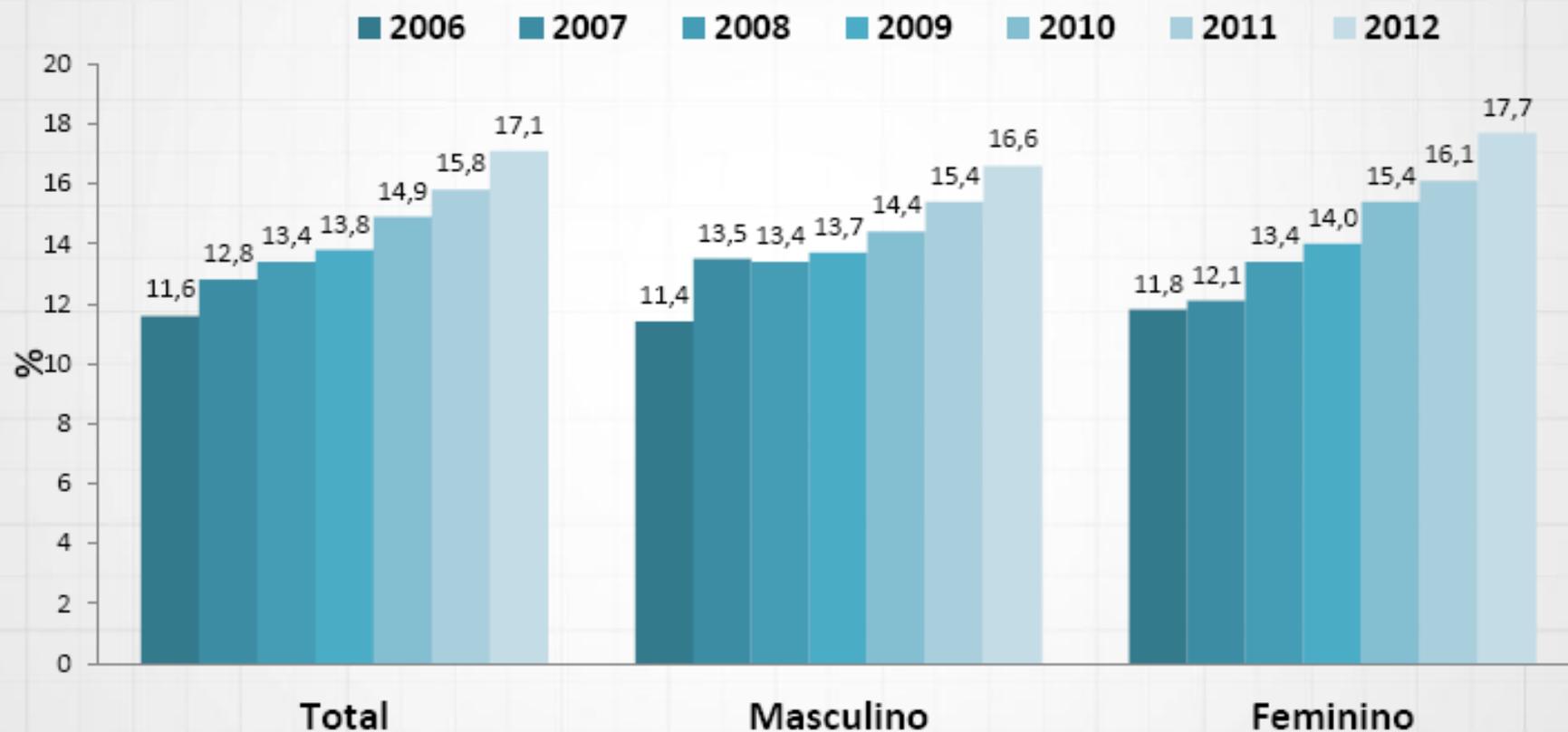
Déficit de peso para altura



*Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006

** Sistema Bolsa Família na Saúde - SISVAN/MS, 2011

Evolução da frequência de obesidade

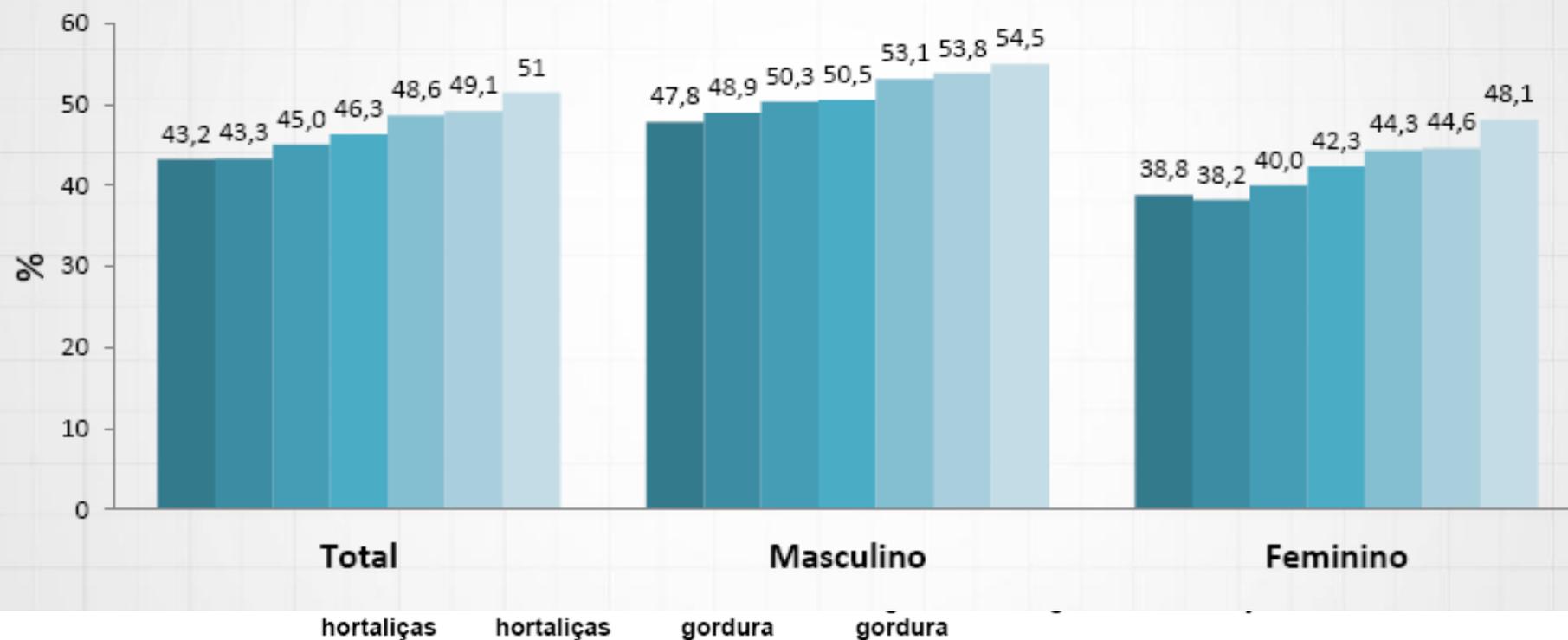


Melhorar sua vida, nosso compromisso

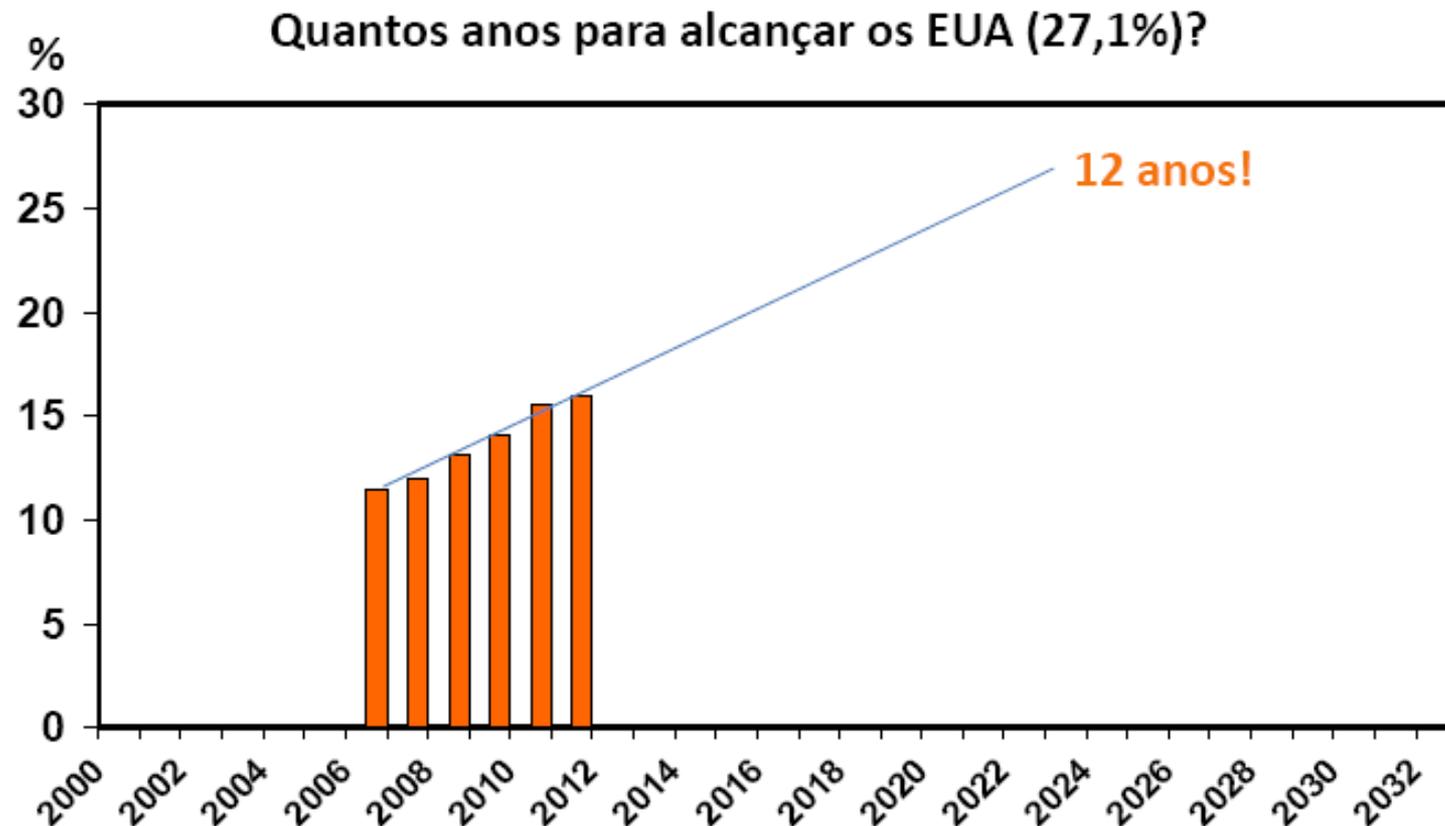


Frequência de excesso de peso

■ 2006 ■ 2007 ■ 2008 ■ 2009 ■ 2010 ■ 2011 ■ 2012

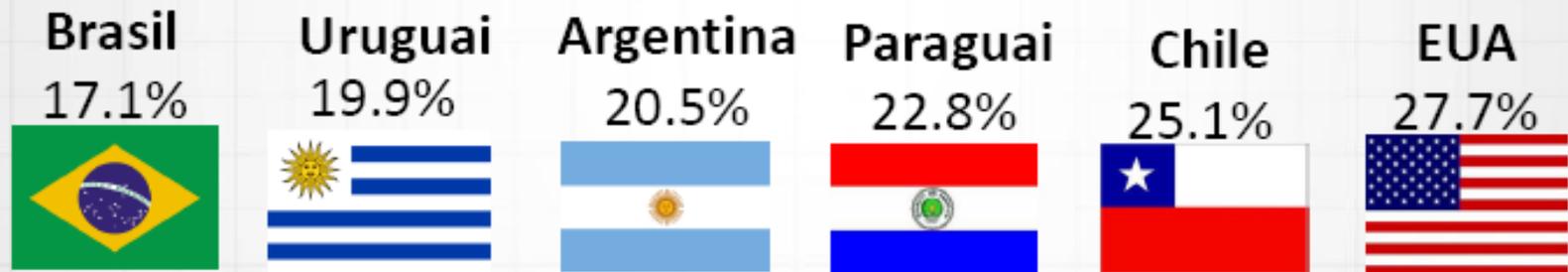


Obesidade (%) no Brasil e nas 26 capitais de Estados e DF 2003-2011



Fontes: MS-VIGITEL (capitais) e IBGE-POFs (Brasil) e BRFSS para EUA

Obesidade na comparação com outros países



MUDANÇA NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Tendências de consumo alimentar, segundo POF 2002 – 2003 e 2008-2009:



CONSUMO DE FIBRAS



Consumo de fibra (leguminosas, frutas, legumes, verduras, grãos integrais...)

- **1970 = 20g;**
- **1990 = 12g**
- **POF 2003/2004 – média de 15,4g/dia**
- **POF 2008/2009 – média de 12,5g/dia**
- **Necessidade diária adulto 38g (DRI, 2002)**

A modesta elevação encontrada no início dos anos 2000 não se manteve ao longo da década.

CONSUMO DE AÇÚCAR



↑ Consumo de açúcares simples e ↓ de
carboidratos complexos

POF 2008/2009 - Açúcar simples contribui com
14,1% do consumo calórico total da população

OMS - RECOMENDA QUE NÃO ULTRAPASSA A 10%

El consumo de bebidas azucaradas se asocia a obesidad

Esparza Olcina MJ¹, González Rodríguez MP²

¹CS Barcelona. Móstoles. Madrid (España).

²CS Algete. Imsalud. Madrid. (España).

Correspondencia: María Jesús Esparza Olcina, mjesparza8@gmail.com

Referencia bibliográfica: Trehan I, Goldbach HS, LaGrone LN, Meuli GJ, Wang RJ, Maleta KM, *et al.* Antibiotics as part of the management of severe acute malnutrition. *N Engl J Med.* 2013 Jan 31;368:425-35

Resumen

Conclusiones de los autores: en las personas con dietas libres, la ingesta de azúcares libres o bebidas azucaradas influye en el peso corporal. El cambio de la grasa corporal que ocurre cuando se modifica la ingesta parece mediada por los cambios en la ingesta calórica, ya que los cambios isoenergéticos de azúcares con otros carbohidratos no se asocian con cambios en el peso.

Conclusiones de los revisores: el consumo de alimentos y bebidas azucaradas se ha relacionado con obesidad. En esta revisión sistemática la ingesta de azúcares en adultos se relaciona con aumento de peso y la reducción con disminución. En niños se ha demostrado una asociación entre consumo de bebidas azucaradas y obesidad. Este estudio apoya la recomendación de reducir la ingesta de alimentos y bebidas azucaradas.

Palabras clave: sobrepeso/etiología; peso corporal; pérdida de peso; obesidad/etiología; ganancia de peso; carbohidratos dietéticos; azúcar dietético.

Original

Sugar intake is correlated with adiposity and obesity indicators and sedentary lifestyle in Brazilian individuals with morbid obesity

M. I. B. Penatti¹, F. S. Lira², C. K. Katashima³, J. C. Rosa⁴ and G. D. Pimentel³

¹*Pós-graduação Lato sensu em Bases Fisiológicas e Metabólicas Aplicadas à Atividade Física e Nutrição, ICB, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo/SP, Brasil.* ²*Departamento de Fisiologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo/SP, Brasil.* ³*Departamento de Clínica Médica, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas/SP, Brasil.* ⁴*Departamento de Fisiologia e Biofísica, Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo/SP, Brasil.*



A RELAÇÃO EDUCAÇÃO E SAÚDE: UMA ABORDAGEM SOBRE O EXCESSO DE CONSUMO DE AÇÚCAR PELO JOVEM

Viviane Terezinha Sebalhos Dalmolin¹, Paulo Edelvar Corrêa Peres²,
Jorge Orlando Cuellar Noguera³

¹ Universidade Federal de Santa Maria, vidalmolin@gmail.com

² Universidade Federal de Santa Maria, pecperes@yahoo.com.br

³ Universidade Federal de Santa Maria, jocunoguera@hotmail.com

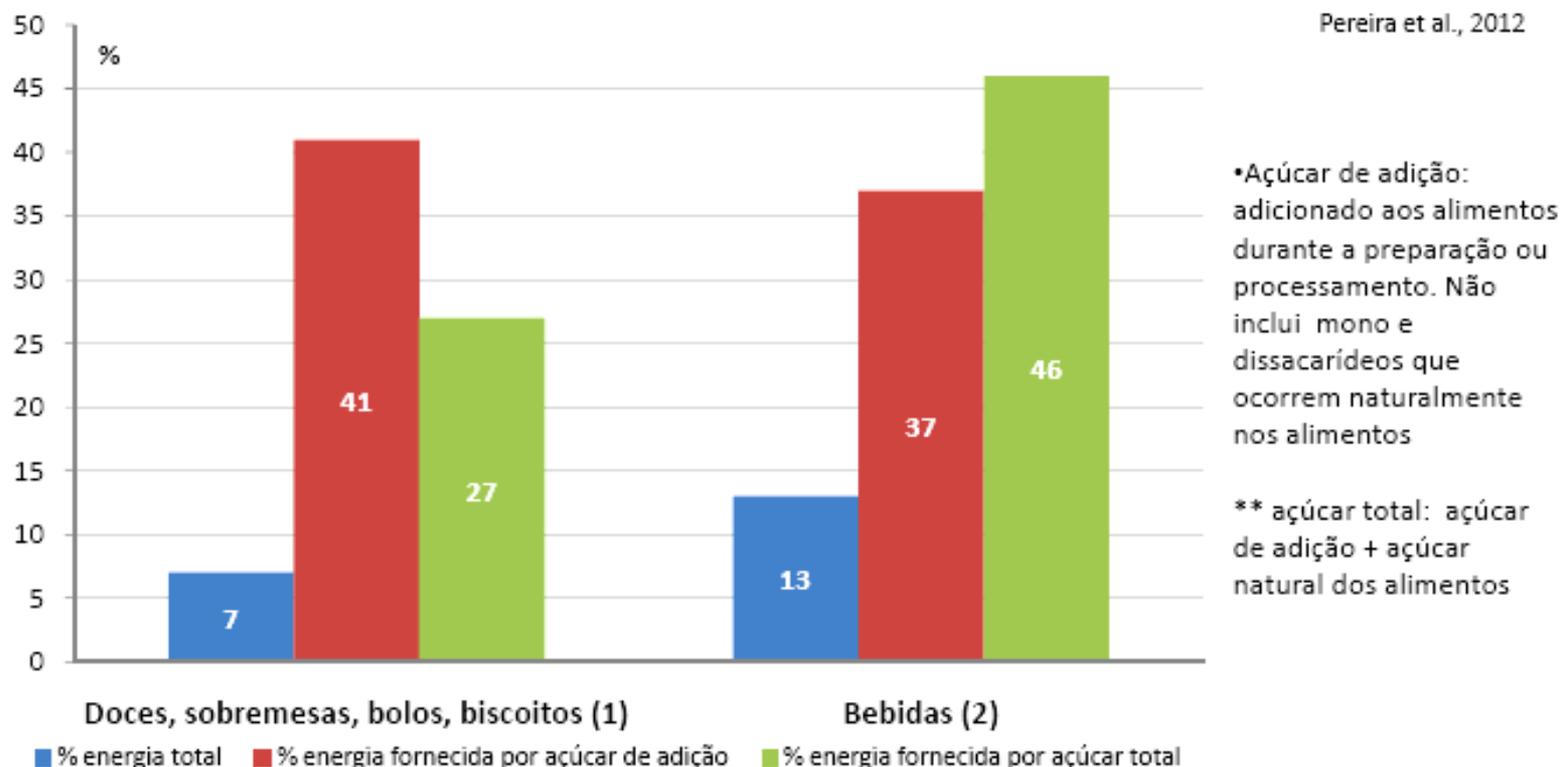
<http://dx.doi.org/10.5902/229613086577>

RESUMO

Atualmente há um grande consumo de alimentos com excesso de açúcar pelo jovem, devido principalmente a sua disponibilidade no mercado e aos interesses econômicos e culturais do meio em que vive. Torna-se necessária, portanto, a intervenção na educação alimentar, quer da família, quer da escola ou grupos de formação, pois este grupo é alvo fácil da mídia e dos fortes interesses econômicos, onde o menos importante é a saúde dos consumidores. O objetivo principal deste trabalho foi avaliar a eficiência no aprendizado nutricional dos jovens através de atividades extra-classe (diálogo-palestra), com profissionais da área da saúde. Foram obtidas informações sobre o

Principais grupos de alimentos que contribuem para a ingestão de açúcar de adição* e açúcar total**. Inquérito Nacional de Alimentação, 2008-09.

Pereira et al., 2012



- (1) Doces em geral, doces à base de frutas, doces à base de leite, doces à base de ovos, doces de amendoim, doces à base de milho, leite condensado, biscoito doce, biscoitos recheados, wafers, 'Açaí com granola', bombom; chocolate, ovos de Páscoa, caramelos, goma de mascar; pães doces, rosquinhas, pirulito, merengue, panetone, sagu, bolos simples e recheado, pudim de tapioca, torrone
- (1) Bebida energética, refrigerantes e refrescos, *sport drinks*, sucos de frutas, caldo de cana, cajuína, água de coco, café, 'espresso', cappuccino, chá, mate,

CONSUMO DE SAL



- Relatório Técnico da OMS nº 916 - consumo não maior que 5 g/dia de sal pode contribuir para a redução da pressão arterial.
- No Brasil a média do consumo de sal em 2000 era de 16,76 g/dia, em uma tendência crescente.
- Consumo diário por pessoa de 15,08 g de sal. (SENAI, 2000).
- A média de consumo de países industrializados é de 8-9 g/dia;
- POF 2008/2009 – 8-9G/dia
- CGPAN 2011 – 10 A 12 g/dia
- Brasil – entre os níveis mais altos de consumo

**META PNAN: até 2020 reduzir para
2000mg/sódio – 5g de sal/dia**



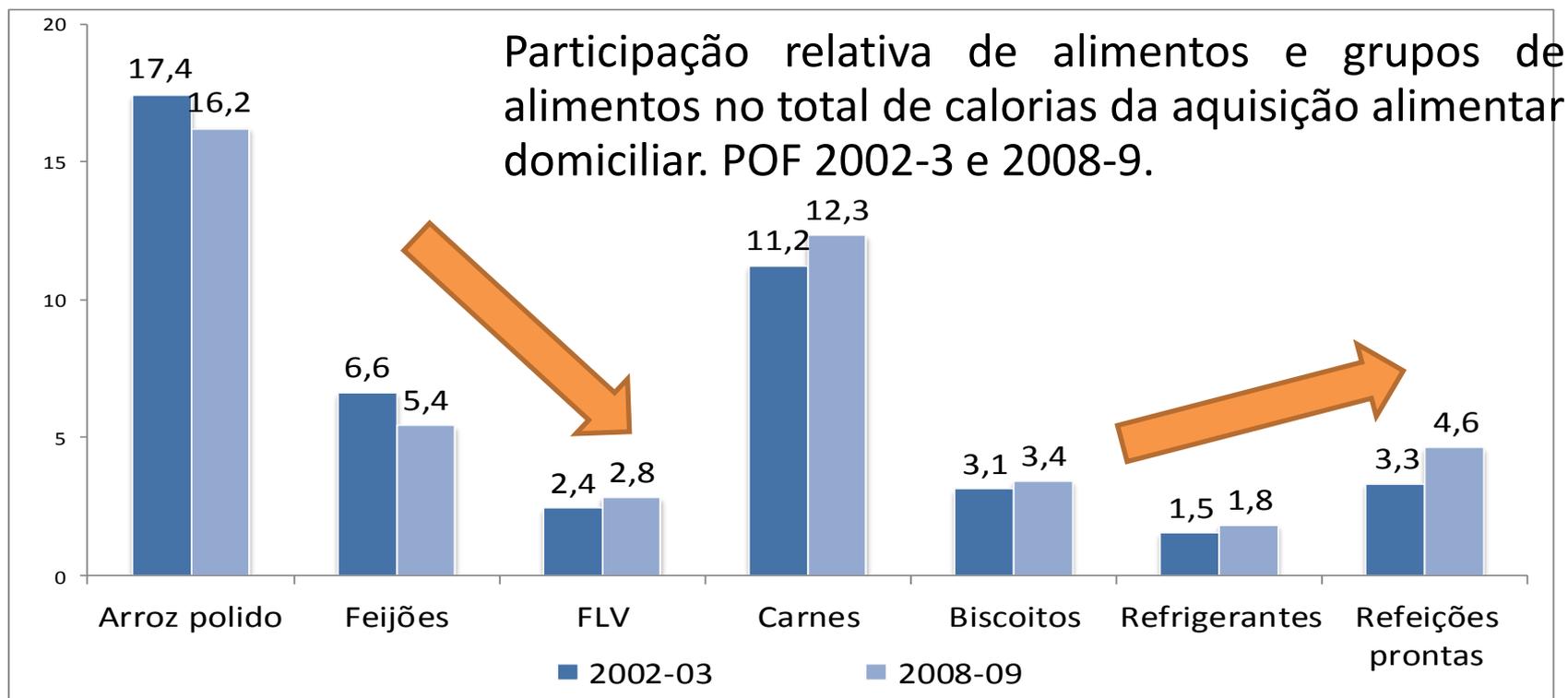
Redução do Teor de Sódio nos Alimentos

- Monitoramento do teor de sódio
- Prioridade: metas de redução de sal nos alimentos industrializados

A redução de **1 grama de sal ao dia** evita **6.356 mortes** por Doenças Isquêmicas do Coração e AVC no Brasil

Metodologia adaptada: Choosing Health: Making healthy choices easier. Department of Health/UK (2004).

Tendências de consumo alimentar: redução no consumo de alimentos básicos e maior participação de alimentos ultra processados.



Em **2007**, foi assinado e, em **2010**, foi renovado termo de compromisso entre o Ministério da Saúde e associações representativas do setor produtivo (como a Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação/Abia) que traz, entre seus objetivos, a **redução das quantidades de açúcar, gorduras e sódio nos alimentos processados**.

2008 – redução de gorduras trans

2010 – redução do consumo de sal

Dada a importância desse tema na agenda da saúde, a reformulação dos alimentos processados figura no Plano Plurianual de Ação do Ministério da Saúde para **2012-2015**, bem como no Plano Nacional para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

**Redução do consumo
excessivo de açúcar,
gorduras e sódio na dieta**

Metas:
**Eliminação de
trans**
Sal: - 50%
Açúcar: -30%
**Gorduras: -
15%**

**EAN para
consumo
mais saudável**

- Promoção de ações voltadas ao ambiente de trabalho, escolas, serviços de saúde e campanhas de mídia para a população; e
 - Melhora rotulagem nutricional – alimentos comercializados e *fast foods*

**Melhoria da qualidade
nutricional dos
alimentos
comercializados**

- Acordo de Cooperação e GT (MS e ABIA) - 29/11/2007
 - Discussão: definição dos grupos de alimentos e as respectivas metas de redução dos nutrientes

**Monitoramento
periódico dos
alimentos**

- Programa Exploratório ANVISA (INCQS)
- Pesquisa de rotulagem nutricional (CGPAN)
- Chamada Pública com a Indústria

Plano de melhoria da qualidade nutricional dos alimentos comercializados no Brasil e escolhas alimentares mais saudáveis

“América Livre de Gorduras Trans”

Reunião Canadá (abril/ 2007), recomendações:

- Limite máximo de 2% de gordura trans em óleos e margarinas e 5% nos outros alimentos
- Rotulagem nutricional
- Informações em *fast foods* e restaurantes

Reunião Rio de Janeiro (junho/2008), recomendações:

- Declaração do Rio de Janeiro: além das recomendações do Canadá, discutiu-se a adequação de processos tecnológicos; produção de óleos vegetais com maior percentual de óleo oléico; e estratégias para redução do uso de trans nos restaurantes e *fast foods*.

Plano de melhoria da qualidade nutricional dos alimentos comercializados no Brasil e escolhas alimentares mais saudáveis

“Redução do consumo de sal nas Américas”

Reunião Miami (Jan/2009):

- Relato de experiências de alguns países (Reino Unido, Canadá, Austrália) e iniciativas nos demais países das Américas.
- Necessidade de estabelecer parcerias, incluindo profissionais de saúde, pesquisadores, mídia e indústria.
- Reforço à informação (rotulagem) e à educação do consumidor.
- Ação global de algumas indústrias.
- Plano gradual: movimento unificado do setor produtivo e redução gradual dos teores – evitar impactos no mercado consumidor.
- Ação nacional e regional (Mercosul).

Regulamentação da publicidade de alimentos

Regulamento Técnico sobre oferta, propaganda, publicidade, informação e outras práticas correlatas cujo objeto seja a divulgação ou promoção de alimentos com quantidades elevadas de açúcar, de gordura trans, de sódio e de bebidas com baixo teor nutricional



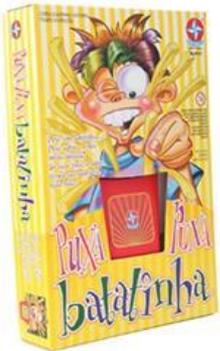
Propostas:

- 1. Definição de alimentos ricos em açúcar, gordura e sal**
- 2. Uso de advertências após a veiculação das propagandas destes alimentos**
- 3. Restrição da utilização de figuras, desenhos e personalidades;**
- 4. Restrição do horário de veiculação (após 21 horas e até 6 horas); publicidade em instituições de ensino; associação com brindes, prêmios, bonificações e apresentações.**



Faz de Verdade

FÁBRICA DE COPCAKE



O COMER E AS INFLUÊNCIAS COGNITIVAS

“Qualquer pessoa em um dado momento irá deparar com produtos que lhe despertam desejo de consumo, seja para suprir-lhe as necessidades mais básicas, como as que remetem à saciedade da fome ou à proteção do frio, sejam aquelas que se associam a prazeres efêmeros.”

(Viana, 2010)

COMER COMO ATO AUTOMÁTICO



A epidemia da obesidade levou a mudança no sistema alimentar.

Empresas poderosas produzem alimentos ultraprocessados de alta densidade energética, contribuindo com as mudanças dos hábitos e da cultura alimentar

Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil

Carlos Augusto Monteiro^{1,2,*}, Renata Bertazzi Levy^{1,3}, Rafael Moreira Claro¹,
Inês Rugani Ribeiro de Castro^{1,4} and Geoffrey Cannon⁵

¹Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil:

²Departamento de Nutrição, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Av. Dr. Arnaldo 715,

01246-904 São Paulo, SP, Brasil: ³Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina,

Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil: ⁴Instituto de Nutrição, Universidade Estadual do Rio de Janeiro,

Rio de Janeiro, Brasil: ⁵World Public Health Nutrition Association, Rio de Janeiro, Brazil

Submitted 2 June 2010; Accepted 25 October 2010

Abstract

Objective: To assess time trends in the contribution of processed foods to food purchases made by Brazilian households and to explore the potential impact on the overall quality of the diet.

Design: Application of a new classification of foodstuffs based on extent and purpose of food processing to data collected by comparable probabilistic household budget surveys. The classification assigns foodstuffs to the following groups: unprocessed/minimally processed foods (Group 1); processed culinary ingredients (Group 2); or ultra-processed ready-to-eat or ready-to-heat food products (Group 3).

Setting: Eleven metropolitan areas of Brazil.



1



2



3



Influência da Mídia na Alimentação

**30 segundos é suficiente para influenciar crianças a escolher seus alimentos
(BORZEKOWSKI & ROBINSON, 2001)**

**Ausência
Frutas e Vegetais**

TAMANHO DA PORÇÃO

Aumento do tamanho das porções está relacionado com
ganho de peso
(ROLLS et al. 2004)

Alimentos Industrializados
Pratos Prontos
Sanduíches



Alimentos de rua

Fast –food

Cheeseburguer com batata frita e refrigerante

915kcal

Sanduíches de Pernil

457kcal

Sanduíches de calabresa

346kcal

Cachorro Quente Simples

220kcal

Cachorro Quente Completo

860kcal



Churros com doce de leite

271kcal

Pastel de carne

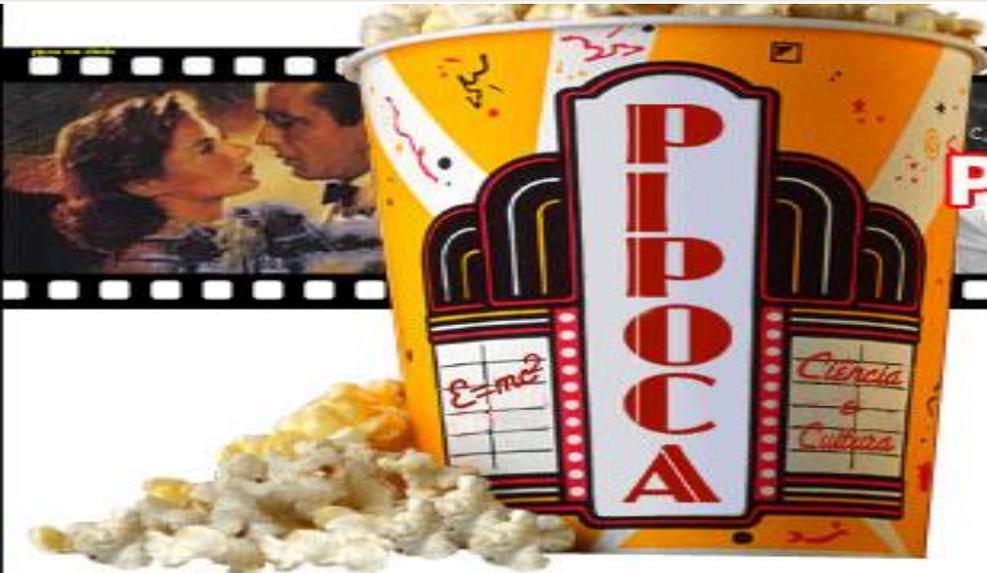
286kcal

Caldo de cana

246kcal

Balde de Pipoca com manteiga

720kcal



Densidade energética → consumo calorías → obesidade

“Here we review a series of studies demonstrating that the energy density of foods is a key determinant of energy intake”

Prentice AM & Jebb AS. *Obes Rev.* 2003; 4:187-94



1.6 kcal/g



2.6 kcal/g/

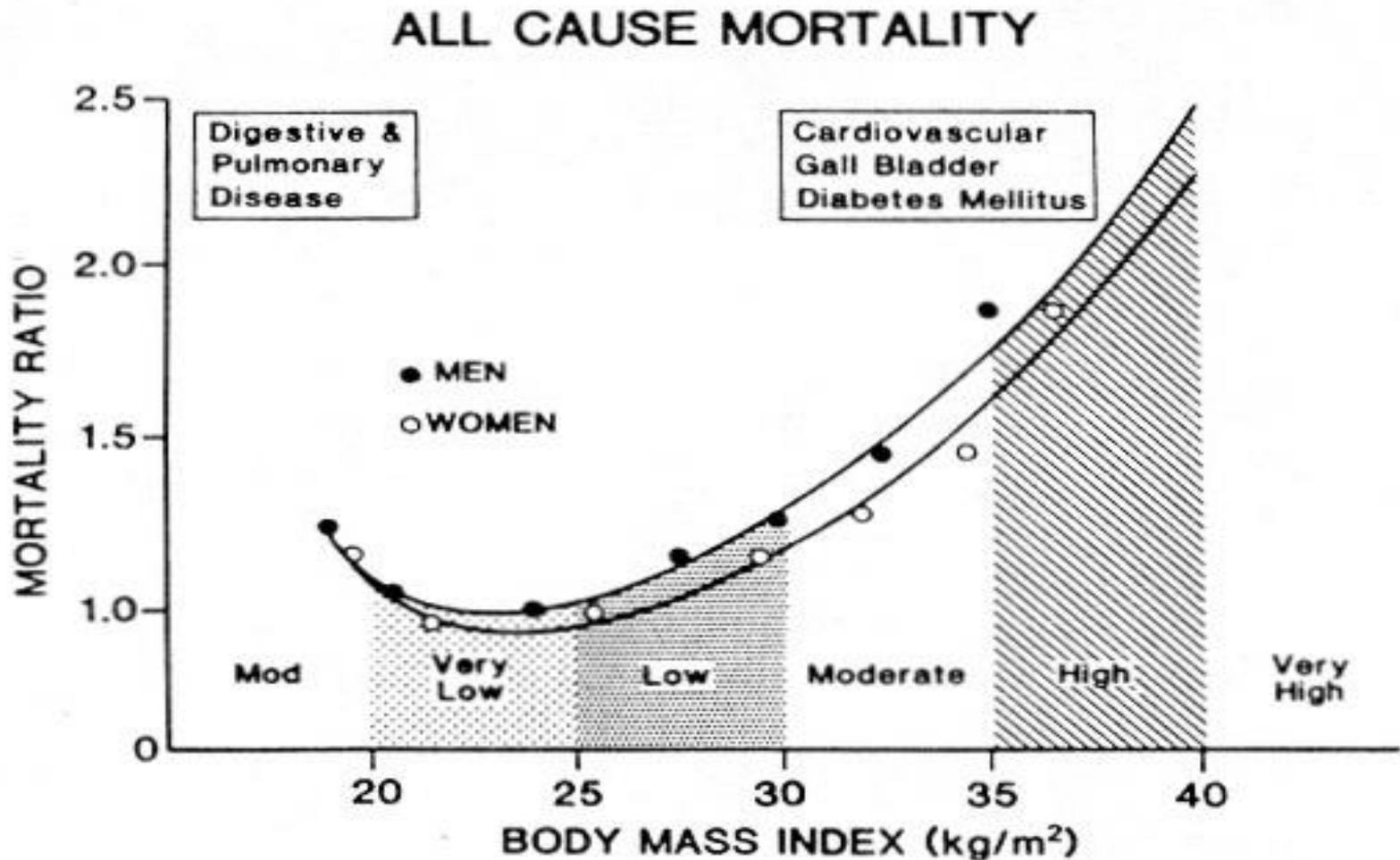
PORQUE A OBESIDADE PREOCUPA?



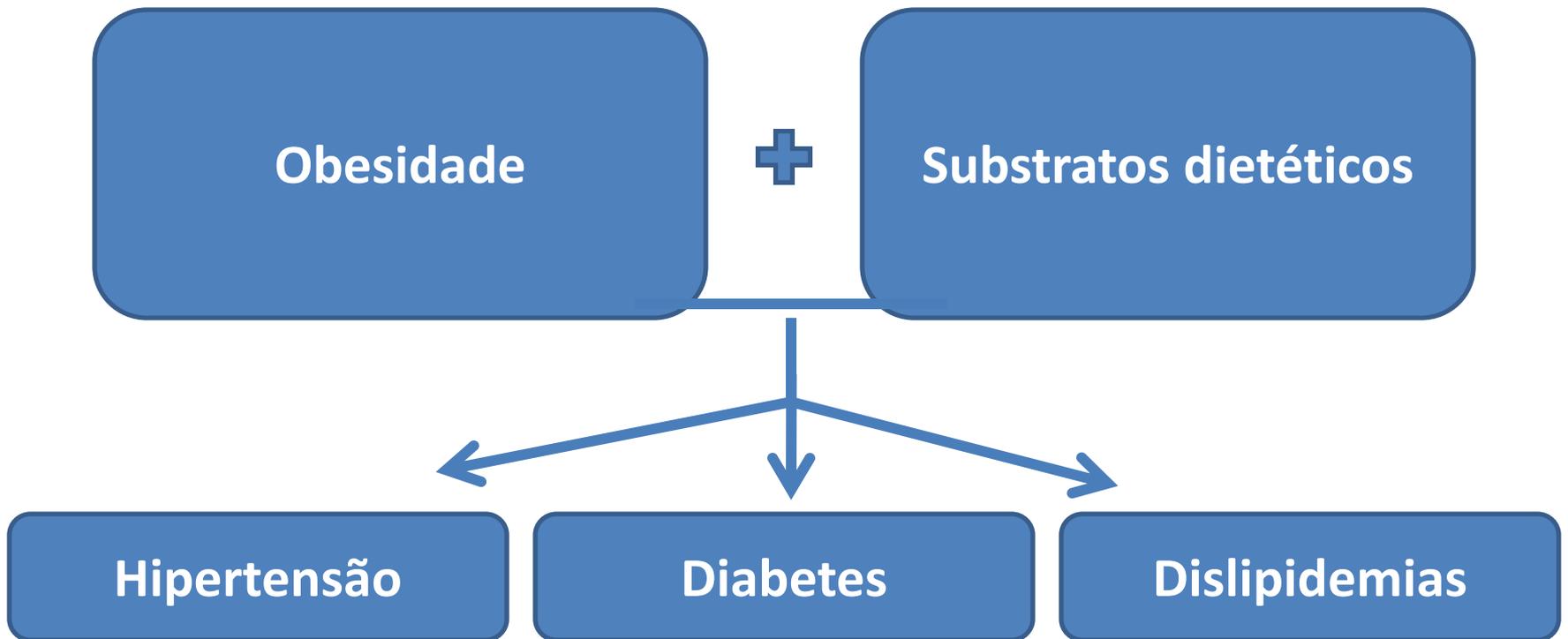
Porque a obesidade preocupa?

- **A obesidade é uma doença e também um fator de risco (DCV, DM 2 entre outras DCNT).**
- **Segundo a OMS, a obesidade é o segundo fator de risco para doenças na América Latina.**
- **Excesso de peso $IMC \geq 25$ e < 30 kg/m².**
- **Obesidade $IMC \geq 30$ kg/m².**

Porque a obesidade preocupa?



Fatores de risco



DIABETES MELLITUS

Conjunto de doenças metabólicas
caracterizadas por hipoglicemia
resultante de “defeitos” na secreção
ou na ação da insulina



DIABETES MELLITUS TIPO 2

O período que precede o aparecimento do DM2

é tipicamente caracterizado pela presença de obesidade e resistência à insulina, induzidas pelo excesso de consumo de alimentos e inatividade física

Intolerância à glicose+ HA +
Hipertigliceridemia + Obesidade abdominal



QUARTETO MORTAL

DIABETES MELLITUS

↪ Estima-se que no Brasil existem 8 a 10 milhões de pessoas com diabetes, sendo:

➔ 90% do tipo 2

➔ 5 a 10% do tipo 1

➔ 2% do tipo secundário

➔ 2 a 3% aparecem como diabetes gestacional



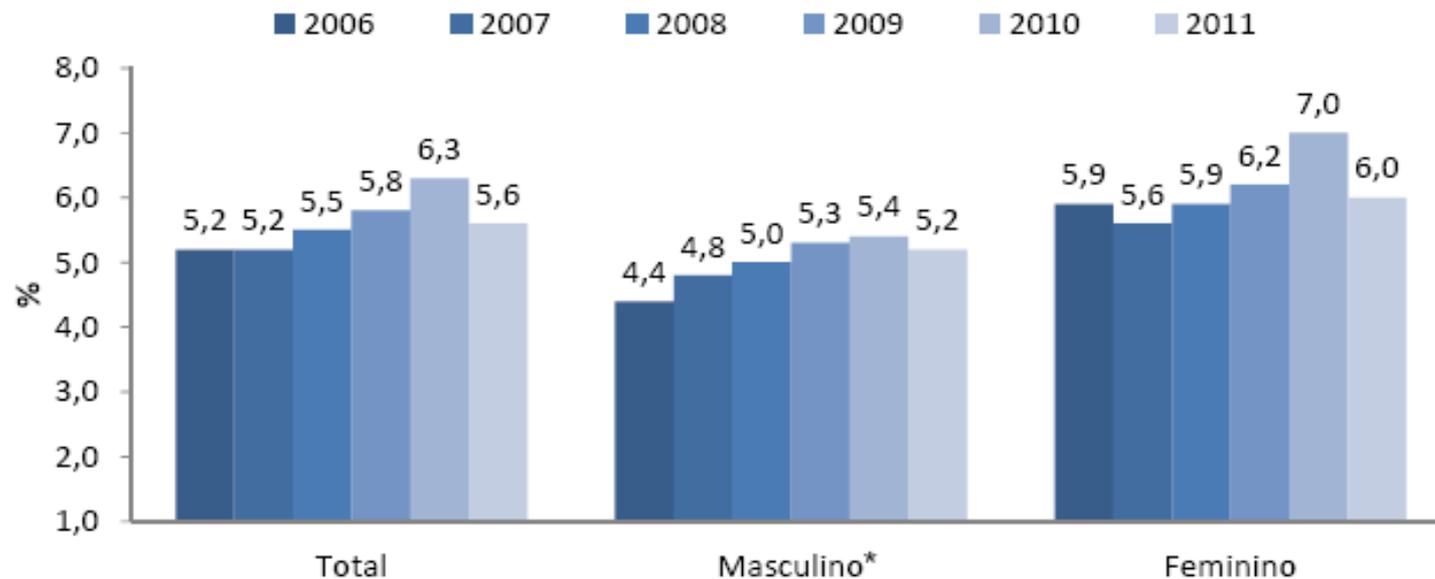
DIABETES MELLITUS TIPO 2

- ▲ **Epidemia mundial**
- ▲ **Estima-se que, em 2020, 250 milhões de pessoas em todo o mundo terão algum tipo de diabetes (dobro desde 1994)**
- ▲ **A incidência do diabetes está aumentando entre crianças (< 5 anos) ⇒ susceptíveis a complicações crônicas na vida adulta**



Diabetes – série histórica

Evolução da prevalência de diagnóstico médico referido para diabetes entre adultos (≥ 18 anos), VIGITEL 2006 a 2011.



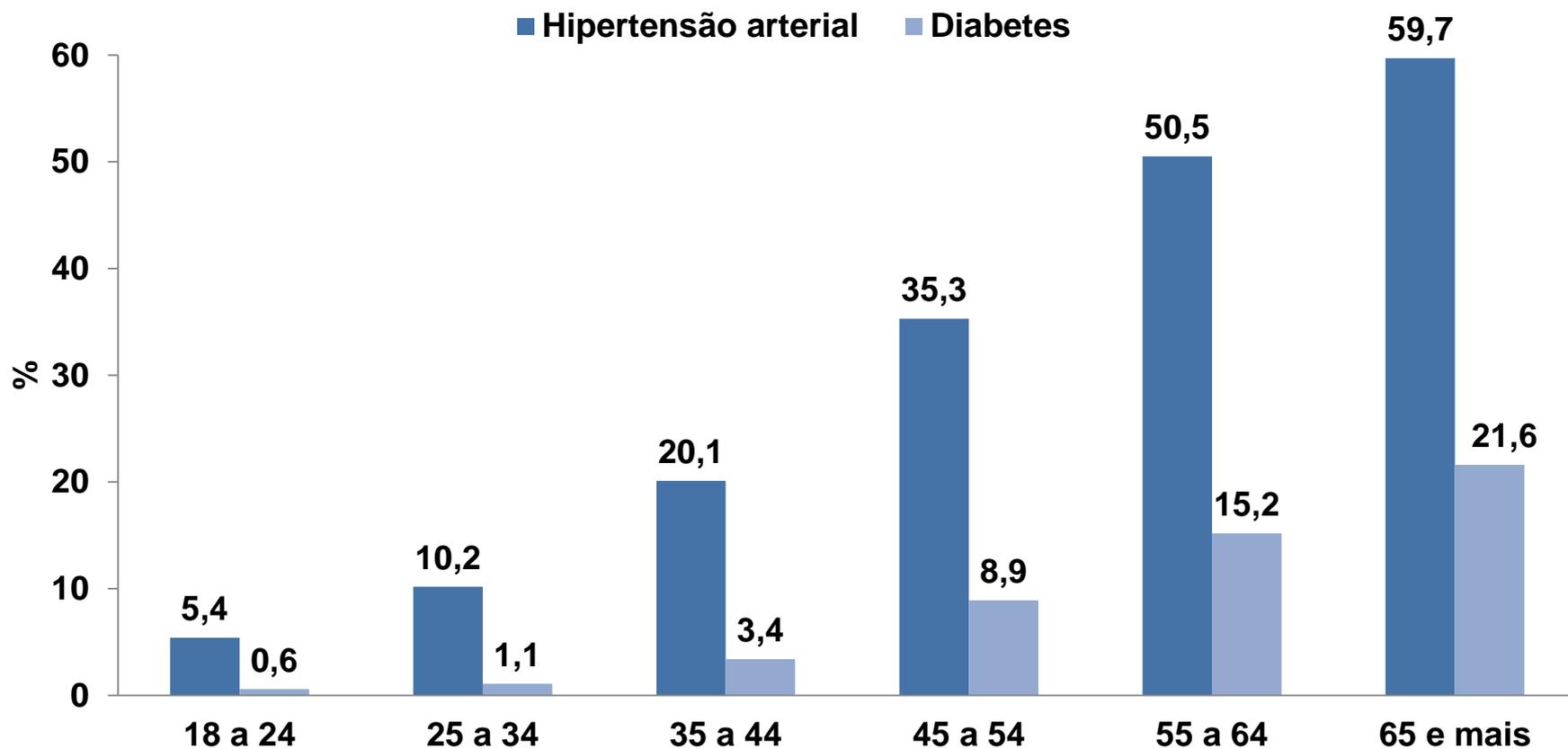
* $p < 0,05$

Prevalência de Hipertensão

Hipertensão Arterial:

- Estudos epidemiológicos locais - 40% e 50% na população adulta com mais de 40 anos de idade.
- Entre 1996-1999, HA foi causa de 17% das internações de pessoas entre 40-59 anos e de 29% das pessoas com 60 anos ou mais, nos hospitais públicos do país
- 2002 - CNDHA/MS: 36,0% de prevalência

Prevalência de diagnóstico auto referido de Hipertensão Arterial e Diabetes de acordo com a idade, VIGITEL 2011



AS DEZ PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE ENTRE MULHERES, BRASIL (2005)

Ordem	Causas	Número de óbitos	Taxa bruta de mortalidade (óbitos/ 100.000 hab.)	%
	Total de óbitos	424.064		
	Causas mal definidas	45.843	49,0	10,8
	Total de óbitos por causas definidas	378.221	404,5	100
1	Doenças cerebrovasculares (I60-I69)	44.813	47,9	11,8
2	Doenças isquêmicas do coração (I20-I25)	35.807	38,3	9,5
3	Diabetes melittus (E10-E14)	22.808	24,4	6,0
4	Doenças hipertensivas (I10-I15)	17.656	18,9	4,7
5	Influenza e pneumonia (J10-J18)	17.658	18,9	4,7
6	Insuficiência cardíaca (I50-I59)	15.540	16,6	4,1
7	Doenças crônicas das vias respiratórias inferiores (J40-J47)	14.813	15,8	3,9
8	Certas afecções originadas no período perinatal (P00-P96)	12.678	13,6	3,4
9	Neoplasia maligna da mama feminina (C50)	10.208	10,9	2,7
10	Doenças do sistema urinário (N00-N39)	8.526	9,1	2,3

AS DEZ PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE ENTRE HOMENS, BRASIL (2005)

Ordem	Causas	Número de óbitos	Taxa bruta de mortalidade (óbitos/ 100.000 hab.)	%
	Total de óbitos	582.311		
	Causas mal definidas	58.551	64,6	10,1
	Total de óbitos por causas definidas	523.760	577,6	100
1	Doenças isquêmicas do coração (I20-I25)	49.128	54,2	9,4
2	Doenças cerebrovasculares (I60-I69)	45.180	49,8	8,6
3	Agressões (homicídios) (X85-Y09)	43.665	48,2	8,3
4	Acidentes de transporte terrestre (V00-V89)	29.294	32,3	5,6
5	Doenças crônicas das vias respiratórias inferiores (J40-J47)	21.738	24,0	4,2
6	Influenza e pneumonia (J10-J18)	18.390	20,3	3,5
7	Diabetes melittus (E10-E14)	17.504	19,3	3,3
8	Cirrose e outras doenças do fígado (K70-K76)	17.694	19,5	3,4
9	Certas afecções originadas no período perinatal (P00-P96)	17.001	18,8	3,2
10	Doenças hipertensivas (I10-I15)	15.827	17,5	3,0

1. Número e proporção (%) dos óbitos por Capítulo CID-10. Brasil, 2009

Capítulo CID-10	Total	%
IX. Doenças do aparelho circulatório	320.074	29,0
II. Neoplasias (tumores)	172.255	15,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	138.697	12,6
X. Doenças do aparelho respiratório	114.539	10,4
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais no exame clínico e de laboratório	78.994	7,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	66.984	6,1
XI. Doenças do aparelho digestivo	56.202	5,1
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	47.010	4,3
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	25.367	2,3
VI. Doenças do sistema nervoso	23.018	2,1
Subtotal*	1.043.140	94,6
Total**	1.103.088	100,0

* Total das dez primeiras causas de óbito

** Total de todas as causas de óbito

Fonte: MS/SVS/Dasis/CGIAE/SIM, 2009

Custos financeiro da Obesidade para o SUS

Total de gastos de obesidade: R\$ 488 milhões

R\$ 289 milhões hospitalar e R\$ 199 milhões ambulatorial

Total de gastos de obesidade grave: R\$ 116,2 milhões

Custo R\$ 327,7 milhões



Custo R\$ 160,7 milhões



Doenças isquêmicas
do coração*

R\$ 166,1 milhões

Câncer de mama*

R\$ 30,6 milhões

Insuficiência cardíaca
congestiva*

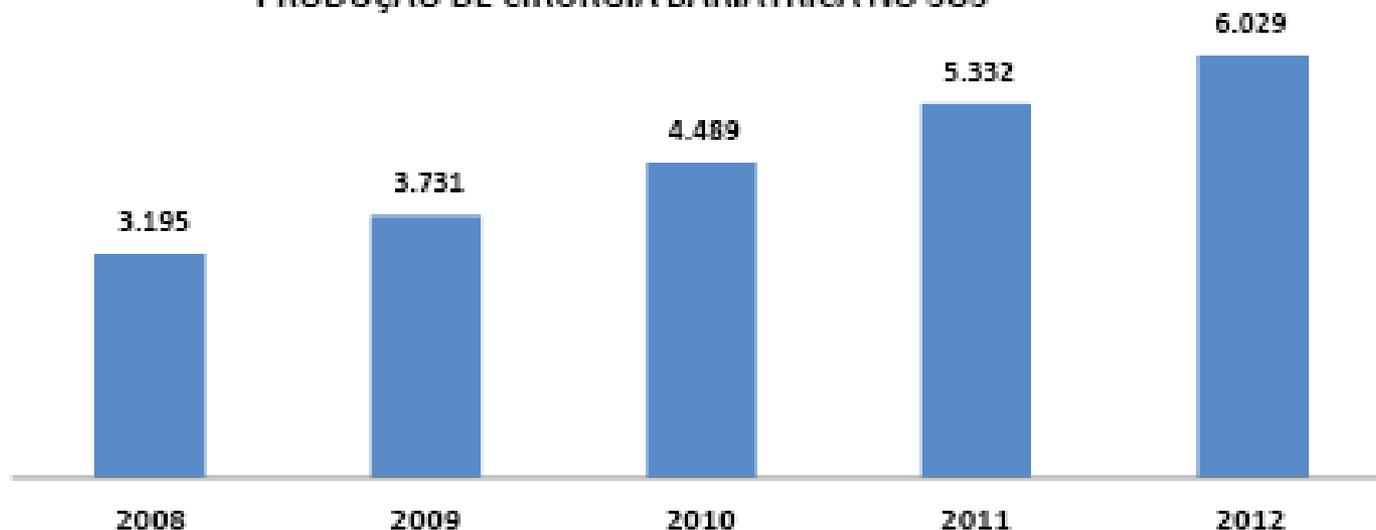
R\$ 29,5 milhões

Diabetes*

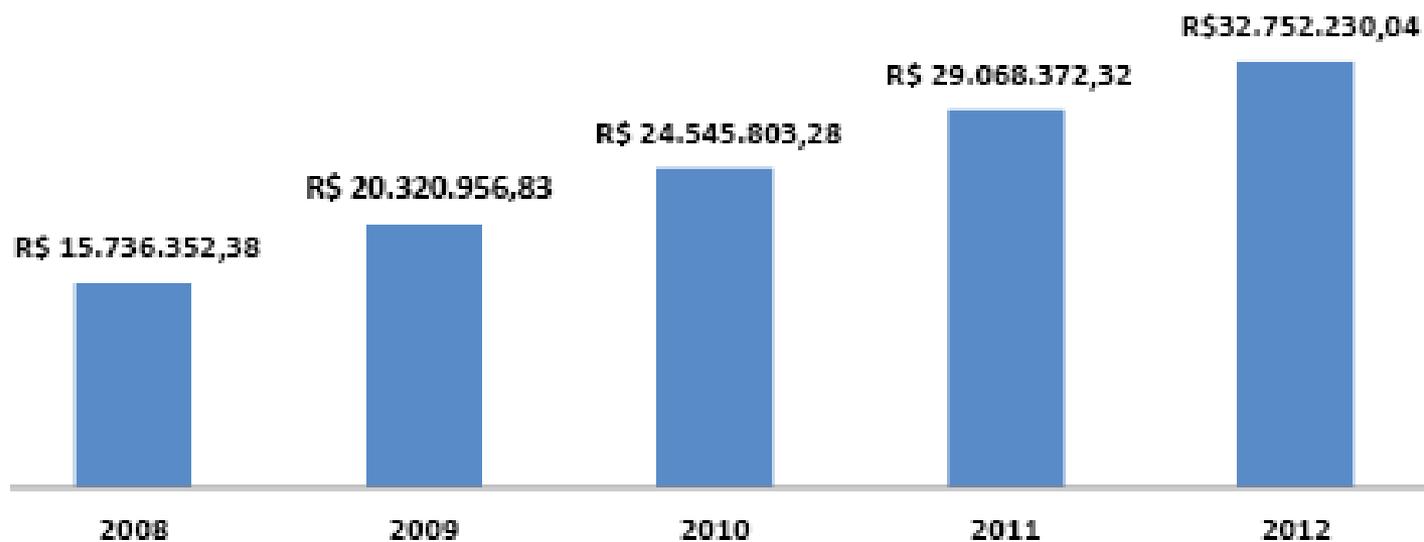
R\$ 27,1 milhões

*Patologias relacionadas

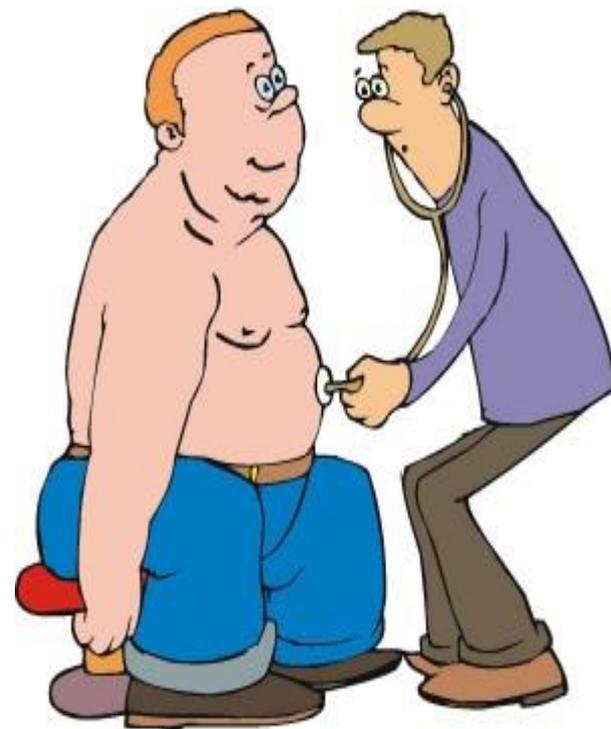
PRODUÇÃO DE CIRURGIA BARIATRICA NO SUS



VALOR DO PROCEDIMENTO DE CIRURGIA BARIATRICA NO SUS



Pesquisa da **Universidade de Brasília**, com dados do Ministério da Saúde, revelou que o valor gasto no SUS (2011) em ações de média e alta complexidade voltadas ao tratamento da obesidade e no cuidado de 26 doenças relacionadas foi de **R\$487,98 milhões**



Fontes de dados: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) / Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) / Pesquisa Nacional de Orçamentos familiares – POF 2008/2009

Fonte do estudo: Oliveira, ML. Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil. [tese de doutorado]. Brasília: UnB, 2013.

É necessário uma política de redução e prevenção que abarque intervenções, tanto de caráter individual quanto coletivo, para ter impacto neste processo de evolução do problema.

Esta política também deve valorizar as preparações típicas, o resgate de processos artesanais de preparação de certos produtos alimentares e FISCALIZAÇÃO.

Assim, o reconhecimento da alimentação e nutrição entre os profissionais deverá ocorrer com respeito à cultura local, das famílias e das pessoas mais velhas, valorizando o seu saber popular que lhes permitiu sobreviver por tantos anos.



Esse respeito à cultura alimentar deve também incorporar as formas de preparo e culinária tradicional.

Por fim, é importante compreender que a preservação da cultura alimentar deve estar associada a outros processos relativos à **SAUDABILIDADE.**

BRASIL

77% dos brasileiros concordam com a afirmação:

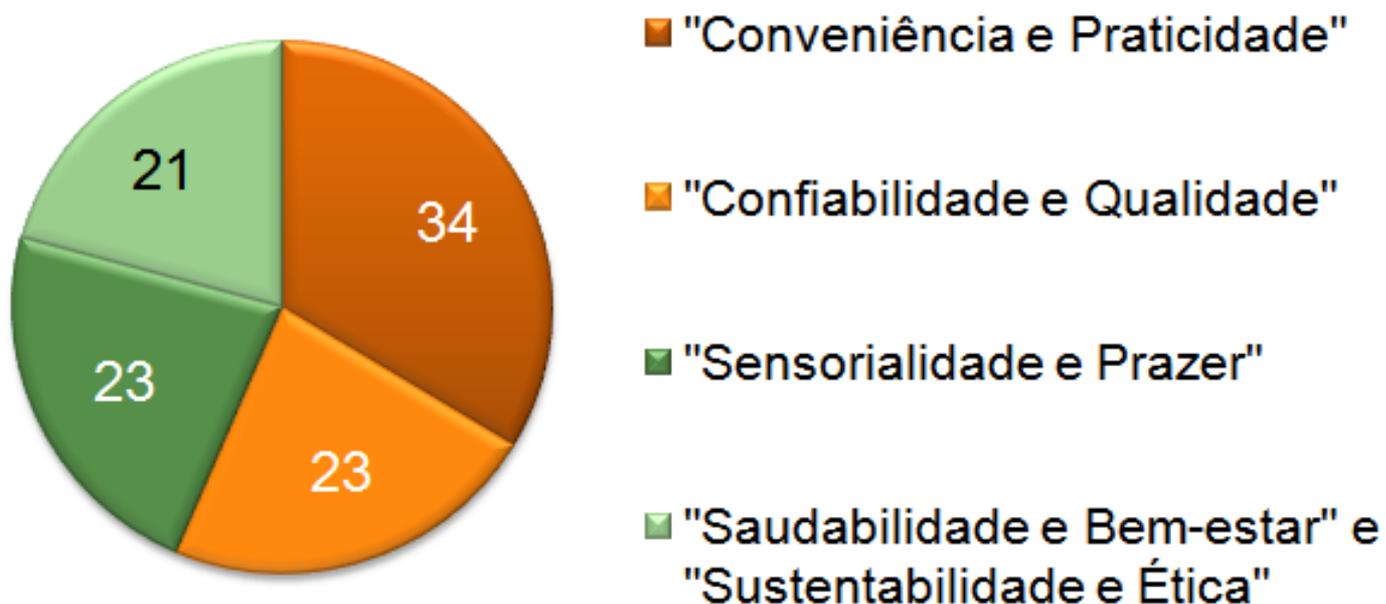
“estão mais conscientes do valor nutricional dos alimentos”

contra apenas 65% da média global.

Fonte: Euro RSCG Worldwide, 2012



Proporção dos grupos de tendência



Fonte: Resultados da pesquisa Fiesp/Ibope, 2010

O direito inalienável de todas as pessoas terem acesso aos alimentos em quantidade e qualidade adequada, somente será assegurado por meio de **ampla discussão**.

Isto permitirá, também, que o consumidor possa efetivamente fazer suas escolhas, sem o constrangimento de se defrontar com custos que não pode assumir ou de se ver obrigado a consumir alimentos que não correspondem a seus hábitos e tradições.

Integração dos enfoques

**Conhecimento do que é
saudável**

=

Escolhas

+

Escolhas

(adequação à necessidade)

=

**Atitude
comprometida**

+

Exigências de políticas públicas

=

Discussão

+

Discussão

(busca pelo ideal)

=

Motivação

=

**Preservação da cultura
alimentar**

