

DIÁLOGOS SOBRE NUTRIÇÃO E POBREZA:

ie] ^A Instituto de
Estudos
Avançados da
Universidade de
São Paulo

20 ANOS ^{NP}

Grupo de Pesquisa
Nutrição e Pobreza
IEA - USP

20 anos de integração
entre pesquisa, serviço
e política pública

Organizadores

Ana Lydia Sawaya
Cláudia Maria Bógus
Maria do Carmo Pinho Franco
Maria Paula de Albuquerque
Mariangela Belfiore Wanderley
Nassib Bezerra Bueno
Semíramis Martins A. Domene



DIÁLOGOS SOBRE NUTRIÇÃO E POBREZA:

20 anos de integração entre pesquisa,
serviço e política pública

Organizadores

Ana Lydia Sawaya

Cláudia Maria Bógus

Maria do Carmo Pinho Franco

Maria Paula de Albuquerque

Mariangela Belfiore Wanderley

Nassib Bezerra Bueno

Semíramis Martins Álvares Domene



Esta obra é de acesso aberto. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e respeitando a Licença [Creative Commons](#) indicada.

Catálogo na Publicação
Divisão de Gestão de Tratamento da Informação da
Agência de Bibliotecas e Coleções Digitais da USP

Diálogos sobre nutrição e pobreza : 20 anos de integração entre pesquisa, serviço e política pública [recurso eletrônico] / organizadores, Ana Lydia Sawaya ... [et al.]. – São Paulo : Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2023.
314 p. : fac-síms., il.

ISBN 978-65-87773-46-9

DOI 10.11606/9786587773469

1. Pobreza 2. Desnutrição 3. Políticas públicas 4. Fome 5. Desigualdades Sociais I. Sawaya, Ana Lydia.

CDD (23.ed) – 363.8

Elaborado por Cristina Miyuki Narukawa – CRB-8/8302

Ficha técnica

Preparação e revisão

Nelson Barbosa

Projeto gráfico e diagramação

Matheus Nistal

Produção editorial

Fernanda Cunha Rezende

DIÁLOGOS SOBRE NUTRIÇÃO E POBREZA:

20 anos de integração entre pesquisa,
serviço e política pública

Organizadores

Ana Lydia Sawaya
Cláudia Maria Bógus
Maria do Carmo Pinho Franco
Maria Paula de Albuquerque
Mariangela Belfiore Wanderley
Nassib Bezerra Bueno
Semíramis Martins Álvares Domene

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Reitor: Carlos Gilberto Carlotti Junior

Vice-reitora: Maria Arminda do Nascimento Arruda

INSTITUTO DE ESTUDOS AVANÇADOS

Diretor: Guilherme Ary Plonski

Vice-diretora: Roseli de Deus Lopes

PREFÁCIO

Conheci os integrantes do Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza em 2016, quando iniciei meu termo como diretor do Instituto de Estudos Avançados (IEA) da USP.

No primeiro contato, senti uma mistura de admiração e reconhecimento. Um grupo de pessoas, com vivência de atuação direta com a população, dedicava esforços para estabelecer pontes entre a pesquisa e a sociedade, pontes essas erguidas com tijolos feitos de sentimento, conhecimento, solidariedade e, por que não dizê-lo, afeto. Sim, afeto é a compaixão ativa, que pressupõe ações e atos concretos em benefício do semelhante.

O grupo se reunia regularmente no IEA e, todas as vezes que podia, eu entrava na sala do encontro para alegrar-me ao ver pesquisadoras e pesquisadores trabalhando duro e de forma desinteressada para melhorar a saúde da população. A fome, a desnutrição, a obesidade e suas consequências adversas são temas que convivem diuturnamente com as crianças de nosso país.

Todos nós sabemos que políticas públicas efetivas e consistentes devem ser aplicadas urgentemente. A questão, portanto, não é apenas de diagnóstico e prevenção, mas sim de terapêutica e reversão. O que fazer primeiro? Quais são as estratégias mais efetivas?

As respostas não são fáceis e demandam muito conhecimento. Não possuo o dom de prever o futuro, mas tenho certeza de que grande parte das soluções efetivas para os problemas da nutrição de nossas crianças terá a impressão digital do grupo Nutrição e Pobreza.

Recomendo fortemente a leitura deste livro. Além da ciência nele contida, possui nas suas páginas um rico tempero de cidadania que nos enche de orgulho e esperança no futuro de nosso país.

Paulo Saldiva

Médico patologista, professor titular da Faculdade de Medicina da USP

Foi diretor do IEA de 2016 a 2019

SUMÁRIO

Apresentação 7

Ana Lydia Sawaya

Parte I

Produções

1. Fome e desnutrição 11

2. Alimentação e educação: o caminho das parcerias 41

3. Diretrizes para promover a boa alimentação e
combater a pobreza – O papel da gestão e da academia 110

4. Pobreza e alimentação: uma história de avanços e retrocessos 161

5. Estratégias para a defesa do Direito Humano à Alimentação
Adequada e Saudável: pandemia e democracia em risco 234

Parte II

Textos inéditos

1. Segurança alimentar na pandemia de Covid-19:
lições aprendidas e desafios para a assistência nutricional 281

*Maria do Carmo Pinho Franco, Fernanda Thomazini,
Anni Lei, Anna Maria Medeiros Peliano,
Semíramis Martins Álvares Domene, Ana Lydia Sawaya,
Mariangela Belfiore Wanderley, Cláudia Maria Bógus,
Maria Paula de Albuquerque*

2. A produção de conhecimento em prol do fortalecimento da
participação social para o enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional 288

*Cláudia Maria Bógus, Ana Lydia Sawaya,
Maria Paula de Albuquerque, Mariangela Belfiore Wanderley,
Maria do Carmo Pinho Franco, Nassib Bezerra Bueno,
Esther Letícia Amorim Ribeiro, Semíramis Martins Álvares Domene*

Parte III

Epílogo 310

Elisabetta Recine

Parte IV

Integrantes do Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza

Membros atuais 312

Membros anteriores 313

Agradecimentos 314

APRESENTAÇÃO

A perpetuação dos dois Brasis e sua superação

“Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros” foi a primeira publicação do Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza (GPNP) do Instituto de Estudos Avançados (IEA-USP) em 2003. Ali o GPNP partia da constatação de que havia “um Brasil” escondido, não estudado suficientemente e grandemente negligenciado pelas políticas públicas que visassem uma atuação real e uma transformação efetiva da realidade da pobreza brasileira.

Um longo caminho foi percorrido e é preciso reconhecer que muitas iniciativas boas foram realizadas. Estudos em todas as áreas do conhecimento focalizaram

adequadamente as condições de vida, de alimentação e de nutrição das populações que vivem em condições de pobreza. A melhoria no diagnóstico da desnutrição em sentido amplo (subnutrição e obesidade) de fato ocorreu, incluindo a mensuração da desnutrição crônica (problema principal do GPNP) com a introdução da avaliação estatural. Cresceu a compreensão sobre o sistema de geração da pobreza, nasceram os programas de transferência de renda e aquele que acredito ser particularmente efetivo: o programa de cotas na Universidade. Cresceram as informações e programas para a alimentação saudável e a consciência da importância da agricultura familiar. Houve melhoria na qualidade da refeição escolar. Publicou-se o Guia alimentar para a população brasileira. A lista pode se estender bem mais...

Da mesma forma, houve um grande amadurecimento da consciência da importância da ação e da atuação política por parte da população brasileira em todos os estratos sociais. Da época em que não votávamos, ou mesmo, em seguida, votávamos, mas não tínhamos nenhuma informação e nem nos preocupávamos em acompanhar a atuação dos que tínhamos eleito para as Câmaras ou Congresso Nacional, à época atual – todos temos que convir – muita coisa mudou...

O Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza, com muito entusiasmo e ardor, se dedicou a muitos desses temas e ainda a outros, como a questão da violência e da família, realizando o que lhe era possível, mas também usufruindo da riqueza e possibilidade única oferecida pelo Instituto de Estudos Avançados da USP que é fomentar a discussão, elaborar propostas, produzir publicações, vídeos, mesas-redondas, seminários, estabelecendo diálogos e debates entre os diferentes atores envolvidos, a saber, a academia, o governo em todos os níveis e a sociedade civil organizada. Uma grande extensão de material está disponível na internet.

Passaram-se vinte anos e, apesar de todas as mudanças ocorridas e esforços em muitas frentes, devemos continuar a olhar com atenção e a falar sobre as distinções entre os Dois Brasis. Quanto mais olhamos para essa realidade, a estudamos ou desenvolvemos políticas públicas para uni-las em uma só nação, mais compreendemos que as diferenças são profundas e a possibilidade de superação, complexa.

Houve uma época, durante o Brasil colônia, em que não se percebia tão agudamente essa diferença porque um dos Brasis, o Brasil pobre/escravo, era capturado pelo outro e vivia em razão desse. Havia povos originários, mas esses eram sempre habitantes de terras distantes. Em seguida, durante a República, estabilizou-se a distinção entre o Brasil rural (a grande maioria da população e onde se concentrava a pobreza mais aguda) e o pequeno Brasil urbano. Havia, portanto, duas realidades bem separadas geograficamente. Mas a partir da urbanização que começa no final da década de 1970, esses “dois Brasis” se encontraram e a distância, socioeconômica, cultural, religiosa, de escolaridade e cor, apareceu com mais nitidez.

O processo de urbanização permitiu, de qualquer forma, a emancipação cultural e mais recentemente religiosa dos dois Brasis, associada de algum modo à segregação urbana e distinguindo nitidamente a população que vive na formalidade e a população que vive em condições de pobreza em favelas e comunidades periféricas. Como a vida é viva, surgiram, nessas últimas, estratégias lícitas e ilícitas de sobrevivência. Hoje bem caracterizadas pelo aumento das organizações da sociedade civil, do grande número de igrejas, chegando até, por exemplo, às “universidades das quebradas” e aos bancos comunitários; mas também, do crime organizado.

Como nos disse Anna Peliano em uma conferência, “houve avanços e retro-

cessos, mas devemos reconhecer que o fosso permanece”. O Brasil continua a ser um dos países mais desiguais do mundo e com muitos milhões de pessoas vivendo em condições de pobreza, e dezenas de milhões estão na condição de extrema pobreza, e milhões são desnutridos.

Quais caminhos podem ser traçados para um futuro melhor?

Em primeira instância, a meu ver, é preciso não cair na lógica de acentuar os aspectos negativos. Uma visão negativista nunca enxerga a realidade de forma ampla, e corre sempre o risco de vê-la em modo enviesado. É preciso reconhecer o valor da emancipação cultural e até religiosa dos dois Brasis, sobretudo daquele que antes era subjugado pelo Brasil “mais poderoso”. Se reconhecermos o valor das diferenças e procurarmos o que há de positivo no “outro”, haverá possibilidade de diálogo e possibilidade de superação das diferenças conflituosas. Uma nação brasileira mais equitativa somente poderá surgir da contribuição das riquezas e tentativas de sobrevivência das pessoas que pertencem a cada pedaço do Brasil.

A evolução dos estudos sobre realidades complexas e da necessidade de atuação mais ecológica e sistêmica ensina que as melhores soluções vêm da construção de redes interconectadas em muitos pontos. Se antes pensávamos que a solução residiria apenas na melhoria socioeconômica adquirida juntamente a certa importação/imposição de valores e costumes do Brasil “potente” para o Brasil economicamente mais frágil, hoje devemos convir que não é assim.

Como contribuição final para o enfrentamento dessa questão tão complexa, o Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza vem propondo, ao longo de todos esses anos de atuação, um desenvolvimento humano integral e não apenas socioeconômico, para a superação da pobreza inaceitável. Nossa metodologia de atuação, publicada em vários artigos e debatida nos Seminários Integração Serviço, Pesquisa e Políticas Públicas se baseia em cinco ações que acreditamos serem particularmente efetivas: o conhecimento profundo da realidade de forma a permitir a valorização de cada pessoa na sua dignidade e capacidade de ação, partir das soluções positivas já presentes nas comunidades, o fazer “com” e não “para”, o fortalecimento das redes e organizações da sociedade civil, e o crescimento das parcerias.

Este livro reúne a essência do que o Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza produziu, para contar a história desses vinte anos em que se serviu da pesquisa, da experiência do serviço e do olhar da gestão pública, colocados em diálogo para o enfrentamento do complexo cenário da alimentação no Brasil.

Ana Lydia Sawaya

Coordenadora do grupo de 2003 a 2019

PARTE I PRODUÇÕES

Esta seção reproduz fac-símiles
de artigos publicados
por membros do grupo
ao longo dos últimos 20 anos
e outras realizações.

FOME E DESNUTRIÇÃO¹

Os artigos na seção “Fome e Desnutrição” publicados na revista Estudos Avançados no volume 17, número 48, 2003, inauguraram os trabalhos do Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza (GPNP), que iniciou suas atividades em 18 de março de 2003, data de sua aprovação pelo Conselho Deliberativo do IEA.

Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros

*ANA LYDIA SAWAYA, GISELA M. B. SOLYMOS,
TELMA MARIA DE MENEZES TOLEDO FLORÊNCIO
e PAULA ANDREA MARTINS*

Quem são e onde estão os pobres

O BRASIL É O TERCEIRO país com maior desigualdade de renda no mundo, estando atrás apenas de Malavi e África do Sul (Barros e Henriques, 2001). Há dois Brasis, no imenso território nacional. Um contingente significativo da população está à margem, clandestina e excluída da sociedade brasileira oficial. Milhões de pessoas e grupos humanos não têm certidão de nascimento, de batismo ou casamento, não têm endereço, não pagam conta de água, luz ou telefone, não possuem carteira de trabalho, não pagam impostos, não têm conta no banco, não sabem ler ou não entendem o que lêem, e não conseguirão entrar no mercado de trabalho oficial, cada vez mais qualificado. É a população com maior mobilidade geográfica; a primeira a ficar desempregada em momentos de crise e a que mais sofre o impacto da instabilidade econômica. Tem a mais alta frequência de intercorrências médicas (da infância à velhice), uma expectativa de vida quase vinte anos menor do que a população mais rica, e uma taxa de mortalidade três vezes mais alta (Duncan e cols., 1995). É um outro Brasil, pouco conhecido e cuja realidade fica obscurecida nos estudos que analisam apenas médias nacionais. É uma população tão pouco observada, que as três perguntas fundamentais: quem e quantos são os pobres?, onde vivem? e quais os seus principais problemas? permanecem ainda sem resposta adequada. Segundo documento recente da FAO (2001), as respostas a essas perguntas são condição obrigatória para que qualquer intervenção seja efetiva.

No Brasil, não existe até hoje uma política global, coordenada e efetiva de combate à pobreza (Banco Mundial, 1996). Apesar disso, o país, segundo vários estudiosos, gasta uma quantidade grande de recursos em projetos sociais, mal focados e ineficientes (NEPP, 1994; Banco Mundial, 1996; Banco Mundial, 2001). Portanto, para promover uma ação global, efetiva e duradoura do combate à pobreza no Brasil, é necessário que se observe e se conheça detalhadamente a situação de vida, saúde e nutrição do “Brasil pobre”. Só para dar um exemplo da importância desse conhecimento, o novo programa do governo federal prevê o com-

bate à pobreza e à fome tendo como objetivo primordial, entre outros, a distribuição de alimentos, como organismos internacionais (FAO, 2001), em linha com estudos nacionais, mostram que podem ser mais efetivos, a redução do analfabetismo materno (Guimarães e cols., 1999 e Kac, 1999) e a ampliação dos serviços de saúde – especialmente aqueles que rompem o isolamento característico dos mais pobres (Szwarcwald e cols., 2002) realizando visitas domiciliares, como o Programa de Saúde da Família e os agentes comunitários de saúde.

Há dois grupos de pobres no Brasil, com condições de vida relativamente distintas, embora haja grande mobilidade entre eles: o pobre rural e o urbano, morador em favelas. O primeiro grupo vem diminuindo fortemente nas últimas décadas devido ao êxodo rural enquanto o segundo só tem aumentado. Hoje, 82% da população brasileira vive na zona urbana (Opas, 1998), tanto nas grandes cidades como nas pequenas cidades do interior. As condições de vida dos pobres, seja nas cidades grandes, seja nas pequenas, são semelhantes no que se refere à atividade econômica, alimentação etc. Um exemplo do crescimento da população pobre em zona urbana é o município de São Paulo, cuja população moradora em favelas era desprezível antes da década de 1970 (Marques e cols., 2003) e hoje compreende cerca de 15 a 20% da população do município: ou seja, 1,2 a dois milhões de pessoas (dependendo do método de cálculo) moram em favelas (Marques e cols., 2003; Sehab, 1994).

Estudos que diferenciam a população rural da população urbana pobre mostram que a situação de saúde, nutricional e de pobreza é pior no campo e este é o motivo para tão grande êxodo rural, entre outros fatores (Opas, 1998). Estima-se que cerca de 10% dos pré-escolares tenham retardo do crescimento no Brasil (Benfam, 1997), enquanto no Nordeste rural a prevalência de nanismo em crianças de até dez anos é de 39,8% (Ferreira e cols., 1996). Esta alta prevalência de desnutrição na zona rural confunde, porém, o tamanho do problema, pois em termos absolutos, é maior o número de crianças desnutridas que se encontram nos bolsões de pobreza e favelas das zonas urbanas, uma vez que a maioria dos brasileiros vive hoje em zona urbana.

A pobreza urbana e a rural difere bastante entre si. Essas diferenças precisam ser bem conhecidas para que intervenções adequadas possam ser efetivas e atuar nos problemas mais determinantes para o quadro de pobreza. No Nordeste rural, por exemplo, acesso a estradas para escoamento da produção agrícola, falta de crédito rural, secas que provocam fome sazonal, falta de acesso à água, pouca cobertura dos serviços de saúde etc., são fatores determinantes para a condição de vida e pobreza. Já a pobreza e a desnutrição da zona urbana têm outros fatores mais determinantes, como baixa escolaridade materna, gravidez na adolescência, desemprego, violência e isolamento social, drogadição, condições de moradia e saneamento inadequadas, maus hábitos alimentares influenciados pela propaganda das indústrias de alimentos (consumo diário de refrigerantes, salgadinhos e biscoitos, por exemplo) etc.

Este artigo procurará mostrar alguns dados sobre as condições nutricionais e de pobreza de duas populações moradoras em favelas, nos municípios de Maceió e São Paulo. Os resultados apresentados revelam que no Brasil atual, a associação entre pobreza e estado nutricional (incluindo desnutrição energético-proteica e obesidade) é complexa e ainda pouco conhecida.

Fome, desnutrição, obesidade e insegurança alimentar

Antes de descrever os dados sobre avaliação do estado nutricional em populações pobres, é necessário definir os termos utilizados:

FOME = diminuição da quantidade de alimento consumido por falta ou dificuldade de acesso.

Nos países onde a fome tem alta prevalência, como na África ao sul do Saara, esta acontece, em geral, devido à seca e à guerra. Só neste caso recomendam-se

Foto: Cortesia das Autoras



Criança africana com fome aguda grave.

medidas emergenciais de distribuição de alimentos. A fome está associada a taxas muito altas de mortalidade. Acontece em baixa prevalência no Brasil, em geral no Nordeste rural, quando há seca. Mas é muito raro que pessoas morram de fome no Brasil. A melhor forma de se medir a presença de fome em uma população, seja de crianças como de adultos, é a avaliação das reservas energéticas dos indivíduos, representadas pela quantidade de gordura corporal, a partir da aferição da relação peso/estatura ou do Índice de Massa Corporal (peso expresso em kg dividido pelo quadrado da altura expressa em metros). De acordo com o último levantamento populacional realizado no Brasil, a PNDS de 1996 (Benfam, 1997), o percentual de adultos e crianças com déficit peso/estatura, era entre 3 e 4%, taxa semelhante à de países desenvolvidos. Mesmo em áreas rurais da região Nordeste, essa taxa era menor do que 5%.

DESNUTRIÇÃO ENERGÉTICO-PROTEICA = diminuição da quantidade de alimentos + qualidade inadequada (falta proteínas de boa qualidade, vitaminas e minerais) + aumento da frequência, duração e intensidade de infecções.

Estes três fatores estão associados entre si formando um ciclo vicioso perverso, cada qual aumentando a influência negativa do outro. A insuficiência alimentar (quantidade e qualidade) prejudica o sistema imunológico levando a uma menor resistência às infecções; e o aumento da duração, intensidade e frequência das infecções prejudica a alimentação e absorção dos alimentos. Este ciclo vicioso

é tão forte que apenas a distribuição de alimentos ou o tratamento isolado das patologias associadas (em unidades de saúde), não são efetivos para a recuperação do estado nutricional e a manutenção da saúde. A desnutrição é mais nociva em crianças e gestantes, pois o organismo, além de precisar se alimentar para a manutenção da vida necessita ainda crescer ou sintetizar tecidos corporais. Esta, em geral, é uma condição crônica, decorrente da pobreza. É o problema brasileiro típico. A desnutrição causa baixa estatura e baixo peso associados a um aumento na morbidade (doenças) e mortalidade. No Brasil, a prevalência de baixa estatura é duas vezes mais alta do que baixo peso. Os fatores em preto são aqueles geralmente esquecidos nas políticas e programas brasileiros atuais. O que torna a recuperação nutricional pouco efetiva. A qualidade protéica da dieta é fundamental para a recuperação em estatura (Solymos e cols., 1997) e para a saúde do adulto (Sichieri e cols., 2000; Florêncio e cols., 2001). As causas mais comuns da desnutrição infantil, em nosso meio, são: baixa escolaridade materna, falta de cuidados adequados no pré-natal e desmame inadequado (precoce ou associado a alimentação complementar inadequada). Esses fatores estão associados à falta de conhecimentos básicos de higiene, condições insalubres de moradia, falta de cuidados de saúde, falta de diversificação e adequação da dieta, além de desemprego ou subemprego, alimentação deficiente e ganho de peso na gestação insuficiente.

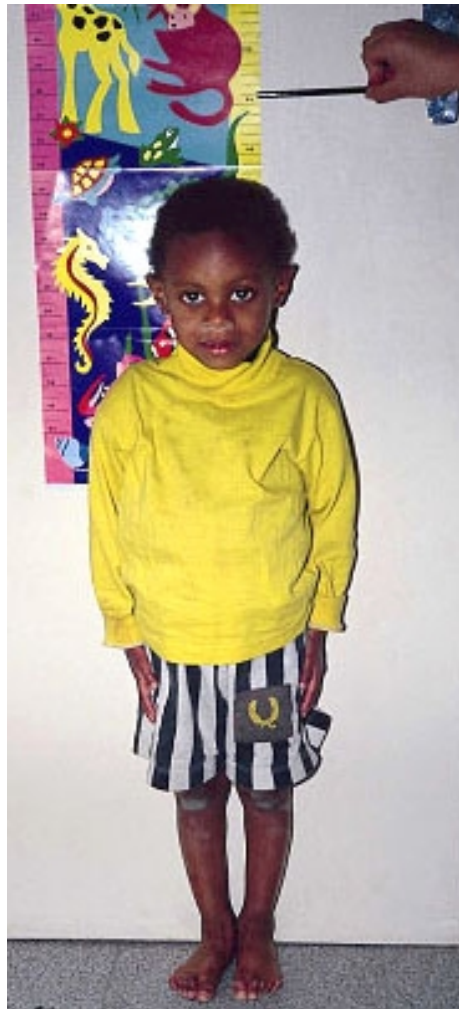


Foto: Cortesia das Autoras

Criança com déficit de estatura para idade.

OBESIDADE = ganho de gordura corporal e peso em relação à estatura.

A obesidade ocorre devido a um balanço energético positivo, ou seja, aumento na energia estocada: $\text{ENERGIA ESTOCADA} = \text{ENERGIA INGERIDA} - \text{ENERGIA GASTA}$

Nas últimas décadas passou-se a compreender a obesidade não mais como uma relação direta entre *energia ingerida* → *energia estocada*. Verificou-se que um outro fator, a *energia gasta*, interferia grandemente nesta relação; sendo con-

siderada por muitos autores até mais importante do que a *energia ingerida* para a promoção da obesidade. Este fator é ainda pouco conhecido fora do âmbito científico. A *energia gasta* ou *gasto energético* tem ganhado importância na medida em que crescem o número de estudos mostrando que a obesidade tem ocorrido em populações pobres que vivem em zona urbana, nos países em desenvolvimento; inclusive co-existindo com a desnutrição (Sawaya e cols., 1995; Doak e cols., 2000). Além disso, a relação entre *energia ingerida* e *energia estocada* torna-se mais complexa quando se considera que no componente *energia ingerida* são importantes não só a quantidade de *energia ingerida* mas o tipo (gorduras e/ou açúcares refinados). Muitos autores sugerem que o tipo de *energia ingerida* pode ser mais importante para que o corpo estoque gordura do que a quantidade de energia em si (Sawaya e cols., 2003). A *energia gasta* depende da atividade física e/ou da regulação dos mecanismos fisiológicos de conservação de energia e depósito de gordura.

INSEGURANÇA ALIMENTAR = impossibilidade de acesso seguro e suficiente a alimentos e nutrientes para o crescimento e desenvolvimento normais, e vida ativa e saudável.

Pode ser causada por falta de alimentos, poder de compra insuficiente ou distribuição inadequada de alimentos em âmbito domiciliar. A insegurança alimentar pode ser crônica, sazonal ou transitória. O conceito de insegurança ali-

mentar ainda está em construção. Ele parte de avaliações de caráter econômico (renda familiar e linha de pobreza, renda familiar/preço da cesta básica, renda *per capita*/quantidades de calorias diárias disponíveis no domicílio). Há vários modos de cálculo, com diferenças grandes entre eles. Por exemplo, o modo de calcular do Banco Mundial é a renda familiar dividida pelo gasto domiciliar com alimentos; e o da FAO infere o consumo alimentar mínimo de 1900 kcal (depende da idade e sexo) por pessoa em relação à disponibilidade de alimentos (FAO, 2001). A FAO criou o termo “subnutrição” a partir desses cálculos. É importante destacar que essas são avaliações indiretas e por isso imprecisas, e apenas inferem o que ocorreria, teoricamente, nos indivíduos que supostamente sofrem de *insegurança alimentar*. É uma inferência, não uma medida direta a afirmação de que a *insegurança alimentar* leva obrigatória-



Mulher com baixa estatura, em um acampamento Macció, Alagoas.

Foto: Cortesia das Autoras

mente à magreza (e portanto fome). Para comprovar se essa afirmação é verdadeira em qualquer situação, é necessário realizar a avaliação do estado nutricional como descrito anteriormente: peso, estatura e quantidade de gordura estocada; ou seja, avaliar o que acontece efetivamente no organismo humano a partir dos alimentos ingeridos. O presente artigo procurará mostrar que realizar políticas baseando-se apenas no conceito de *insegurança alimentar*, pode incorrer em grandes erros, em países em que a prevalência de obesidade, cardiopatias e diabetes está aumentando, como no Brasil, especialmente entre os pobres.

Situação socioeconômica e nutricional de famílias moradoras em favelas de São Paulo

A desnutrição está associada a condições insalubres de moradia

Censos antropométricos e socioeconômicos foram realizados diretamente em 22 favelas de São Paulo em 1990-1991 (Sawaya, 1997). Não se observou diferenças nas condições socioeconômicas entre elas. A maioria dos adultos eram migrantes (88%) e 70% deles vinham do Nordeste. Muitas crianças também eram migrantes (26,5%) sendo que destas 79% eram nordestinas. Noventa por cento da população estudada estava abaixo da linha de pobreza, ou seja, ganhava menos que um dólar/dia. Os dados de analfabetismo e escolaridade mostraram que 20% dos homens e 23% das mulheres eram analfabetos e 11% dos homens e 15% das mulheres nunca haviam freqüentado a escola. O analfabetismo estava presente em uma porcentagem alta de crianças acima de dez anos (12%).

A maioria dos barracos era de madeira e possuía condições sanitárias inadequadas (Tabela 1). Uma observação interessante foi a de que as famílias, já no início da década de 1990, não eram numerosas. Apesar das condições de renda e de moradia serem tão precárias e da prevalência de desnutrição ser alta – das famílias estudadas 44% (Sawaya, 1997) possuíam pelo menos um membro com desnutrição, de acordo com os critérios de Gomez (Gomez e cols., 1956) e Wartelow (1976) – nem todas as famílias sofriam de desnutrição. Encontrou-se também 15% de famílias com pelo menos um membro obeso.

Análises de regressão logística múltipla foram realizadas para identificar quais seriam os fatores que mais se associavam à presença de desnutrição crônica (baixa estatura) na família (Tabela 2). No modelo completo, a variável mais importante foi falta de piso em pelo menos um cômodo da casa, enquanto morar em barraco de madeira mostrou uma significância estatística marginal. Em uma segunda análise, após a eliminação das variáveis menos significantes, os fatores mais importantes para explicar a presença de desnutrição na casa foram falta de piso ($b=0,739$, $OR=2,1$, $p=0,027$) e ausência de torneira no domicílio ($b=0,489$, $OR=1,6$, $p=0,042$). A chance de uma criança ou adolescente (0-18 anos) possuir baixa estatura foi duas vezes mais alta quando não havia piso em todos os cômodos e aumentava em 60% quando não havia abastecimento de água encanada em casa.

DIÁLOGOS SOBRE NUTRIÇÃO E POBREZA

OS DOIS BRASIS: QUEM SÃO, ONDE ESTÃO E COMO VIVEM OS POBRES BRASILEIROS

Tabela 1 – Condições socioeconômicas das famílias moradoras de 22 favelas do município de São Paulo.

POPULAÇÃO	
Famílias, n	535
Pessoas, n	2411
Pessoas por família	4,55
RENDA	
Renda média <i>per capita</i> (dólares/dia)	0,54
CONDIÇÕES DO DOMICÍLIO	
Número de cômodos	2,08
Tipo de construção	
alvenaria, %	26
madeira, %	74
sem revestimento no piso, %	4
Ausência de fornecimento de água (rede pública), %	11
Fornecimento de água frequentemente interrompido, %	64
Ausência de banheiro, %	13
Esgoto a céu aberto, %	20

Tabela 2 – Modelo de regressão logística múltipla usado para estimar o risco de baixa estatura em crianças, de ambos os sexos, de zero a dezoito anos de idade, moradoras em 22 favelas do município de São Paulo.

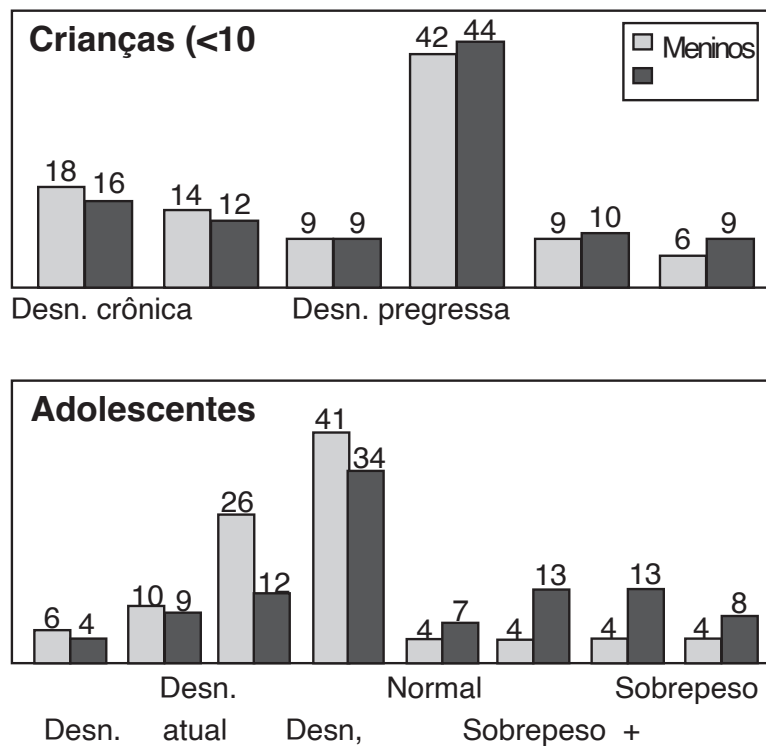
	Coefficiente (B)	Erro padrão	p	Odds ratio	IC 95%
Constante	-2,324	0,773	0,003		
Interrupção no fornecimento de água	-0,023	0,166	0,890	0,977	(0,706; 1,354)
Tipo de construção - madeira	-0,404	0,212	0,057	0,668	(0,441; 1,012)
Número de cômodos por domicílio	-0,023	0,045	0,618	0,978	(0,895; 1,068)
Piso sem revestimento	0,693	0,345	0,045	1,999	(1,017; 3,930)
Esgoto a céu aberto	0,300	0,204	0,141	1,350	(0,905; 2,012)
Ausência de banheiro	0,068	0,278	0,806	1,071	(0,621; 1,845)
Ausência de água encanada	0,445	0,273	0,103	1,561	(0,915; 2,663)
Renda <i>per capita</i>	-0,065	0,130	0,618	0,937	(0,726; 1,209)
Escolaridade materna	0,122	0,178	0,491	1,130	(0,798; 1,602)

Esses dados demonstram a importância da melhoria das condições de saneamento básico para se evitar a desnutrição.

Coexistência entre desnutrição e obesidade

O estado nutricional da população total pode ser observado nas Figuras 1 e 2. A avaliação do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos mostrou, sobretudo nestes dois últimos grupos, a presença de desnutrição e de obesidade. Um dado intrigante foi ter encontrado meninas adolescentes com baixa estatura (desnutrição progressa) e ao mesmo tempo obesas, sendo que a prevalência deste grupo foi quase duas vezes mais alta do que o grupo de meninas obesas com estatura normal (Figura 1). Um outro dado que chamou a atenção foi ter encontrado a presença simultânea de desnutrição e obesidade na mesma família (13% das famílias tinham pelo menos um membro desnutrido e um membro obeso) (Sawaya, 1997). Esses dados, por si só já mostram a importância de se classificar o estado nutricional para programas de combate à desnutrição, sendo o corte por renda impreciso para populações pobres que vivem em zonas urbanas.

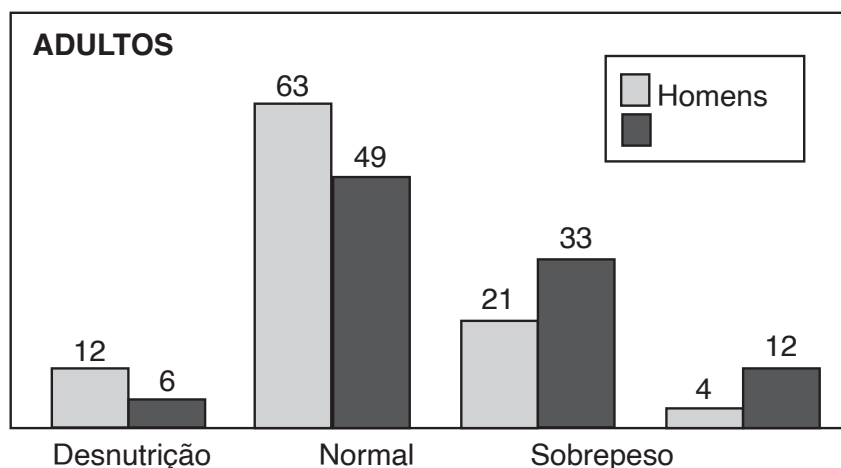
Figura 1 – Estado nutricional de crianças e adolescentes moradores de 22 favelas no município de São Paulo.



(Desnutrição crônica: E/I<95% e P/E<90%; D. Atual: E/I≥95% e P/E<90%; D. Progressa: E/I<95% e P/E entre 90 e 100%; Normal: E/I≥95% e P/E entre 90 e 100%; Sobrepeso: E/I≥95% e P/E≥110% e <120; Obesidade: E/I≥95% e P/E≥120%; Sobrepeso+Baixa Estatura: E/I<95% e P/E≥110% e <120; Obesidade+Baixa Estatura: E/I<95% e P/E≥120%).

Chamou ainda bastante atenção o fato de que, entre os adultos, a prevalência de indivíduos com sobrepeso e obesidade ser maior do que a de indivíduos desnutridos (Figura 2). Este estudo, infelizmente, não averiguou o consumo alimentar para saber se os indivíduos obesos consumiam alimentos além de suas necessidades energéticas.

Figura 2 – Estado nutricional de adultos moradores em 22 favelas do município de São Paulo.



(Desnutrição: $IMC \leq 20$; Normal: $IMC > 20$ e < 25 ; Sobrepeso: $IMC \geq 25$ e < 30 ; Obesidade: $IMC \geq 30$).

A presença de alguns indivíduos obesos e outros desnutridos em uma mesma família, assim como de meninas adolescentes com baixa estatura (decorrente de desnutrição na infância), e obesidade, são fatos cuja coexistência parece incompatível. Se há uma prevalência alta de desnutrição, ocorre claramente uma insuficiência alimentar decorrente da pobreza e da baixa renda, com dificuldade de acesso aos alimentos devido a esta última. Como pode então ocorrer obesidade? A única explicação plausível poderia estar nos inúmeros mecanismos que o corpo dispõe para controlar o gasto energético. O ser humano, frente a episódios frequentes de fome, pode lançar mão de uma série de mecanismos fisiológicos para poupar energia e acumular gordura em detrimento do crescimento em estatura. A gordura é o grande armazém energético do corpo e garantia para sobrevivência em tempos de fome. Estudos sobre a Fome Holandesa durante a Segunda Guerra Mundial mostraram que meninos que haviam sofrido fome na primeira fase de gestação desenvolveram uma capacidade maior de armazenar gordura e mostraram uma incidência maior de obesidade aos dezenove anos (Ravelli e cols, 1976). Vários relatos na literatura confirmaram esses achados. Ganho de peso

excessivo, sobretudo de obesidade central (acúmulo de gordura na região do abdômen) que é o tipo de obesidade mais associado a doenças e morte prematura, foi observado em crianças de países desenvolvidos que sofreram desnutrição intra-uterina (causas não relacionadas à pobreza) (Law e cols., 1992; Kuh e cols., 2002; Loos e cols., 2002). Essas crianças, quando se tornaram adultas, apresentaram alta prevalência de hipertensão e tiveram mais mortes por cardiopatias e diabetes (Roseboom e cols., 1999).

Situação socioeconômica e nutricional de famílias moradoras em favelas de Maceió

Desnutrição, obesidade e consumo de alimentos

Além dos estudos realizados em favelas de São Paulo, investigamos também uma população extremamente pobre moradora em um acampamento de “sem-teto” no município de Maceió, em 1999 (Florêncio e cols., 2001). A Tabela 3 descreve condições socioeconômicas e nutricionais ainda piores do que as de São Paulo. A quase totalidade da população morava em casas de plástico sem qualquer saneamento básico ou abastecimento de água. Na sua grande maioria, era desempregada e vivia de bicos esporádicos, além de ser analfabeta. Toda a população encontrava-se abaixo da linha de pobreza (Tabela 3).

Essas condições explicam as altas prevalências de desnutrição moderada/grave nas crianças (21%, -2 escore Z) e adultos (19,5%, Índice de Massa Corporal <20 kg/m² calculado da Tabela 4). Por outro lado, impressiona novamente a paradoxal coexistência, nos adultos, de desnutrição e sobrepeso/obesidade. Nas mulheres, as prevalências de desnutrição e obesidade mostraram-se mais altas que nos homens (Tabela 4).

Quando analisamos a ingestão alimentar dos adultos, verificou-se que estes possuíam uma dieta muito monótona, pobre e com pouca diversidade (Tabela 5). O consumo energético (ajustado para estatura) mostrou-se bem abaixo do requerimento energético, mesmo para os indivíduos obesos (Tabela 6). Um dado que chamou muito a atenção foi o consumo energético semelhante nas mulheres baixas, obesas ou desnutridas.

O consumo de alimentos parece, portanto, não ser o diferencial mais importante entre as mulheres obesas e aquelas com desnutrição. Quais outros fatores estariam envolvidos? Um fator que seguramente pode ter contribuído para a obesidade foi a redução da atividade física ocorrida pela mudança do campo para a cidade.

Esses dados revelam também quão complexa é a relação entre consumo de alimentos e estado nutricional. Vários podem ser os mecanismos de economia de energia que o corpo lança mão em situações de dificuldade.

DIÁLOGOS SOBRE NUTRIÇÃO E POBREZA

OS DOIS BRASIS: QUEM SÃO, ONDE ESTÃO E COMO VIVEM OS POBRES BRASILEIROS

Tabela 3 – Condições socioeconômicas em um acampamento de “Sem-Teto” em Maceió, Alagoas, 1999.

População	
Número de famílias	315
Número de pessoas	1247
Número médio de pessoas por barraco	4
Renda	
Renda familiar mensal (em dólares)	40,32*
Renda <i>per capita</i> (dólares/dia)	0,32*
Escolaridade (≥ 7 anos de idade)	
Sabem ler	37,3 %
Sabem escrever	36,7 %
Analfabetos	63,3 %
Ocupação	
Desempregados	81,6 %
Trabalhadores contratados	3,6 %
Condições de moradia	
Casas feitas de plástico	81,0 %
Sem revestimento de piso	91,0 %
Sem geladeira	80,6 %
Domicílios de um cômodo	89,0 %
Saneamento	
Casas sem fornecimento de água	97,0 %
Casas sem banheiro	95,0 %
Casas sem água tratada para beber	78,0 %

Fonte: Florêncio e cols., 2001.

* Taxa de câmbio em 30/9/1999: US\$ 1 = R\$ 1,87

Tabela 4 – Classificação nutricional segundo Índice de Massa Corpórea (IMC), de adultos moradores de acampamento de “Sem-Teto” em Maceió, Alagoas, 1999.

IMC	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino	
	N (%)	N (%)	N (%)
Desnutrição (< 20 kg/m ²)	42 (16,9)	62 (22,1)	104 (19,5)
Normal (≥ 20 <25 kg/m ²)	166 (66,1)	229 (45,9)	295 (55,5)
Sobrepeso (≥ 25 < 30 kg/m ²)	40 (15,9)	65 (23,1)	105 (19,7)
Obesidade (>30 kg/m ²)	03 (1,2)	25 (8,9)	28 (5,3)
Total	251 (47,2)	281 (52,8)	532 (100,0)

Fonte: Florêncio e cols., 2001.

DIÁLOGOS SOBRE NUTRIÇÃO E POBREZA

ANA LYDIA SAWAYA E COLS.

Tabela 5 – Preparações consumidas nas principais refeições por homens e mulheres moradores em acampamento de “Sem-Teto” em Maceió, Alagoas.

Refeições	Nº de preparações referidas	Preparações citadas (por ordem de frequência)
DESJEJUM	13	Café c/ açúcar, pão, cuscuz de milho, ovo frito, bolacha cream cracker, frango, leite em pó, macaxeira, carne, biscoito doce, suco de frutas, salame, mortadela.
LANCHE	9	Pão c/ margarina, bolacha cream cracker, refrigerante, suco de frutas, biscoito doce, café c/ açúcar, balas, banana.
ALMOÇO	12	Feijão, arroz, macarrão, frango, farinha, carne, peixe, ovo frito, suco de frutas, café c/ açúcar, charque, fígado.
JANTAR	21	Café c/ açúcar, cuscuz, arroz, pão c/ margarina, feijão, frango, ovo frito, carne, macarrão, peixe, farinha, charque, leite, macaxeira, biscoito doce, salame, batata doce, sardinha, inhame.
CEIA	3	Café, bolacha cream cracker, leite.

Fonte: Florêncio e cols., 2003.

Tabela 6. Adequação do consumo de energia da população adulta moradora em acampamento de “Sem-Teto” em Maceió, Alagoas, segundo sexo e características antropométricas.

Consumo Energético		Baixos			Não-baixos		
		D	N	O	D	N	O
HOMENS	Consumo, kJ	5882	6812	7226	6501	7815	8373
	Requerimento ajustado para estatura, kJ	8987	8987	8987	8987	8987	8987
	% adequação	65	76	80	68	81	87
MULHERES	Consumo, kJ	4527	5029	4686	5560	5497	6556
	Requerimento ajustado para estatura, kJ	7234	7234	7234	7234	7234	7234
	% adequação	62	69	65	73	72	86

Fonte: Florêncio e cols., 2003.

D = desnutridos (IMC < 20); N = normais (IMC ≥ 20 < 25); O = sobrepeso + obesidade (IMC ≥ 25).

Desnutrição, diminuição do gasto energético e acúmulo de gordura corporal

Para investigar essas questões, nosso grupo de pesquisa vem realizando uma série de estudos, transversais e longitudinais, com adolescentes de baixa estatura que moram em favelas, para averiguar se haveriam, de fato, alterações fisiológicas que favoreceriam a economia de energia (menor gasto energético) e maior acúmulo de gordura corporal nessa condição. Estas alterações explicariam o por quê de indivíduos com baixa estatura terem mais chance de se tornarem indivíduos obesos e doentes.

Em um estudo longitudinal de dois anos com meninas com baixa estatura, observamos uma maior susceptibilidade para engordar quando estas consumiam dietas mais ricas em gordura do que meninas normais, mesmo que a ingestão energética fosse insuficiente e abaixo do requerimento (Sawaya e cols., 1998).

Em um outro estudo transversal de três dias, examinamos a taxa de metabolismo de repouso (TMR), o gasto energético pós-prandial, o quociente respiratório (QR) e a oxidação de substrato. As crianças com baixa estatura tiveram TMR (por kg de peso corporal) menor e QR maior do que as crianças normais. Ambos os fatores levam à diminuição do gasto energético assim como à oxidação de gorduras, e predispõem fortemente para obesidade (Hoffman e cols. 2000a).

Em um outro grupo de experimentos, analisamos, ainda nas mesmas crianças, o gasto energético total (GET) durante sete dias, usando a técnica de água duplamente marcada (Hoffman e cols., 2000b). Encontramos que as meninas com baixa estatura possuíam GET menor, o que pode explicar o maior risco de se tornarem obesas como verificado em outros estudos (Sawaya e cols., 1995; Florêncio e cols., 2001).

Em um terceiro estudo (Hoffman e cols. 2000c), testamos a hipótese de que as crianças com baixa estatura possuem uma regulação da ingestão alimentar prejudicada. As crianças foram internadas durante três dias em uma unidade de pesquisa e possuíam disponibilidade de alimento à vontade. Ofereceu-se um suplemento alimentar à base de iogurte (753 kJ) após o café da manhã e mediu-se o efeito deste na ingestão subsequente durante o dia. Os resultados mostraram que não houve diferenças na ingestão alimentar entre as crianças normais e aquelas com baixa estatura, embora estas últimas pesassem 10% a menos que as outras. O consumo energético entre as crianças com baixa estatura e as normais, quando dividido por kg de peso corporal, foi maior nas últimas, assim como a razão consumo energético/TMR. Além disso, as crianças com baixa estatura não diminuíram o consumo alimentar subsequente ao suplemento, enquanto as crianças normais o fizeram, ou seja, as crianças desnutridas apresentaram “superalimentação” quando tiveram alimento à vontade.

Todos estes estudos reforçam a tese de que a desnutrição crônica ou baixa estatura altera a regulação dos mecanismos fisiológicos de conservação de energia e depósito de gordura, promovendo obesidade na vida adulta.

A desnutrição, além disso, afeta outros mecanismos metabólicos, tais como o de controle da pressão arterial. Realizamos estudos em adolescentes com baixa estatura para verificar a pressão arterial e encontramos uma prevalência muito alta de adolescentes desnutridos com hipertensão (13%) em relação a adolescentes de mesma idade no Brasil (7%) e no mundo (Task Force, 1996), (Fernandes e cols., 2003).

Em conclusão, os dados até agora relatados mostram a importância de se evitar a desnutrição desde o início da vida intra-uterina e a necessidade de cuidado com a qualidade da dieta em termos de consumo de proteínas de boa qualidade, minerais e vitaminas para se evitar o crescimento deficiente e a baixa estatura, pois esta última, como vimos, tem conseqüências deletérias que podem perdurar para o resto da vida.

Além disso, os resultados alertam para o fato de que programas de distribuição de alimentos (sem cuidados de saúde, avaliação do estado nutricional e cuidados com o tipo de alimentos ingeridos) podem agravar o quadro de obesidade e cardiopatias já crescente na população brasileira pobre que vive em zona urbana.

Como fica o conceito de segurança alimentar e fome no Brasil?

É preciso ter muito cuidado ao se utilizar os termos *segurança alimentar* e *fome* no Brasil. Estes termos têm sido utilizados por organismos internacionais como a FAO, cujo olhar se concentra em países do continente africano e sul da Ásia, onde os problemas da fome e da desnutrição são realmente muito graves. Só a Índia possui mais de 50% das crianças desnutridas no mundo e nos países do sul do Saara tem aumentado significativamente o número de crianças que literalmente morrem de fome devido a guerras e a secas.

O aumento na prevalência de obesidade em pessoas com baixa estatura descrito nas populações moradoras em favelas de São Paulo e Maceió é também encontrado nos Estados Unidos em populações de muito baixa renda que sofrem de *insuficiência alimentar* (não possuem alimento suficiente para o mês todo devido à baixa renda e sofrem literalmente, períodos de fome) ou *insegurança alimentar*, sobretudo mulheres e adolescentes (Casey e cols., 2001; Townsend e cols., 2001; Alaimo e cols., 2001 e Adams e cols., 2003). Estes estudos revelam que o conceito teórico, inferido pelos economistas, de que a *insegurança alimentar* leva necessariamente à *fome* ou à *desnutrição* não tem respaldo científico em países onde estas não atingem prevalências extremamente altas (acima de 20% da população infantil).

Aumentar ou incentivar o consumo de alimentos em adultos obesos, mesmo que estejam abaixo da linha de pobreza e vivam em condições de extrema miséria, não é absolutamente recomendável. Nesse caso, só uma educação nutricional seria adequada, assim como o monitoramento das possíveis doenças associadas – hipertensão e diabetes – estas últimas crescendo velozmente na população brasileira (King e cols., 1998). É preciso identificar e tratar só os indivíduos realmente desnutridos nas comunidades pobres brasileiras; cuidar da quali-

dade da dieta e monitorar a saúde dos adolescentes e adultos com baixa estatura. Nesse caso a distribuição de alimentos de acordo com a renda familiar, utilizando-se como nível de corte a linha de pobreza (abaixo de um dólar/dia) é um desperdício de recursos e pode agravar a situação de saúde de muitos indivíduos. Por outro lado, um cuidado muito maior precisa ser dado ao pré-natal e às crianças desnutridas, mesmo aquelas com *baixa estatura leve*. Por isso, um governo interessado em aumentar a eficiência dos programas sociais, focalizar os mais necessitados e diminuir os custos destes, precisa ir ao encontro dos pobres no seu habitat, realizar avaliações do estado nutricional e tratar caso a caso; além do acompanhamento cuidadoso das gestantes para evitar o baixo peso ao nascer. Este trabalho é exatamente aquele dos médicos que atendem a família na comunidade e dos agentes comunitários de saúde. É muito mais efetivo gastar recursos com eles.

A partir dos conhecimentos atuais, qual seria o melhor programa para erradicação da desnutrição no Brasil?

Seria um programa que contasse com ações integradas que valorizassem as iniciativas locais bem-sucedidas já existentes, respeitando culturas regionais, realizando a *busca ativa* dos casos na comunidade e, principalmente, aproveitando o *patrimônio* de cada pessoa, família e comunidade (Soares, 2002; www.desnutricao.org.br). A monitorização do crescimento de crianças pré-escolares precisa ser realizada diretamente na favela e comunidades pobres para se ter uma real avaliação do problema da desnutrição. Este é o grande limite de programas de Vigilância Nutricional que se baseiam em levantamentos realizados exclusivamente nos Serviços de Saúde (e por isso muitas vezes encontram poucos desnutridos).

Só os médicos que atendem a família na comunidade e os agentes comunitários de saúde seriam suficientes para erradicar a desnutrição no Brasil? Não, também seriam necessários programas para a melhoria das condições de saneamento básico e moradia, pois, como vimos, a baixa estatura está fortemente associada a estas condições.

As ações devem transcender os objetivos de visibilidade política a curto prazo e se dedicar a fortalecer e a utilizar os recursos e os atores sociais já existentes, mobilizando a formação de profissionais de saúde, escolas, programas de voluntariado e a atuação das organizações da sociedade civil. Isso dá a capilaridade necessária para a ação de diagnóstico e intervenção. Porém, para contar com a ação destes atores, é necessário investir na sua capacitação e na construção e implantação de instrumentos de supervisão e avaliação.

É importante que a formação dos profissionais que atuam junto às comunidades pobres propicie o conhecimento aprofundado dos mecanismos de exclusão social, assim como dos mecanismos psicológicos associados à pobreza, como fatalismo, solidão, impotência, isolamento, debilidade (Solymos 2002; www.desnutricao.org.br). Em um artigo recente, Aguiar e Araújo (2002), descrevem que a renda mínima,

para se tornar um poderoso instrumento de combate à pobreza e à desigualdade, deveria estar associada a outras políticas sociais. Uma família pobre que tenha uma renda mínima, mas que more em um bairro sem saneamento básico, tenha filhos sem acesso ao ensino fundamental, não tenha saúde adequada, não participe de forma pro-ativa na esfera política, e esteja submetida à arbitrariedade das ações policiais, continua em um processo de pobreza, desigualdade social, e mesmo exclusão.

Soares e Parente (2001) avaliaram os resultados do Programa Padegrin de reabilitação nutricional de Fortaleza. Sua estratégia de ação estava centrada na distribuição de alimentos, fornecendo para a criança desnutrida 4 kg de leite e uma lata de óleo e para as gestantes 2 kg de leite por mês. A captação dos beneficiários deu-se por demanda espontânea nos centros de saúde. A criança era avaliada mensalmente por uma equipe composta por nutricionistas, enfermeiros e fisioterapeutas. Neste momento, a mãe tinha a oportunidade de receber orientação, individual ou em grupo, sobre saúde e nutrição. Os resultados mostraram que o percentual de crianças reabilitadas foi muito baixo e os autores apontam como motivos desse resultado a falta de envolvimento da (e na) comunidade, uma seleção questionável dos beneficiados e o não ter atingido a população mais pobre.

São necessárias, ainda, amplas ações educativas em nutrição e saúde junto à população em geral. Elas podem ser realizadas nos serviços de saúde e na comunidade ou como temas transversais de alunos do ensino fundamental e médio. É preciso se criar uma “cultura” de combate à desnutrição. Essas ações educativas devem levar em conta a realidade associada à pobreza (Sawaya, 2002; www.desnutricao.org.br).

A Tailândia é um caso exemplar da força da criação de uma cultura de combate à desnutrição. Este país conseguiu reduzir a prevalência de crianças com baixo peso de 50% em 1982 para 10% em 1996, fruto do cumprimento de um compromisso político e um programa bem elaborado.



Foto - Cortesia das Autoras

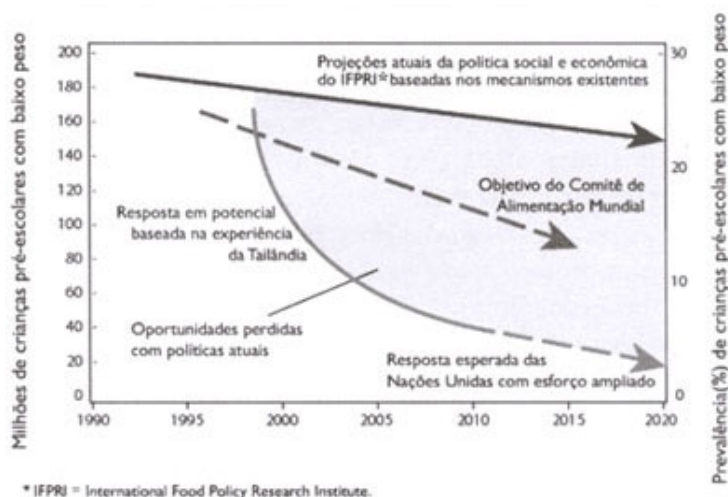
“Mutirão de Pesagem”: busca ativa de crianças desnutridas na comunidade.

Suas principais ações foram:

- Monitorização do crescimento de crianças pré-escolares diretamente na comunidade. Crianças com grave déficit de crescimento receberam alimentação complementar.
- A educação nutricional foi incorporada nas políticas de saúde, nas escolas e na agricultura, em âmbito nacional, estadual, municipal e comunitário.
- Os custos foram minimizados a partir do re-treinamento dos funcionários públicos e da utilização de voluntários “mobilizadores” no âmbito da comunidade.
- Os financiamentos foram alocados para medidas seletivas de máximo impacto.
- Cada grupo de dez domicílios escolheu um voluntário adequado para se engajar em um programa nacional de treinamento e então monitorar mães e crianças na própria comunidade.
- Um programa de educação nutricional e comunicação encorajou o aleitamento materno e a introdução adequada e no tempo certo de alimentos complementares, além de medidas de higiene.
- Foi disseminada a informação sobre hábitos alimentares inadequados e tabus.
- A merenda escolar foi estabelecida em cinco mil escolas em áreas pobres.
- Segurança alimentar no domicílio e na comunidade foi reforçada por meio da promoção de hortas, árvores frutíferas, piscicultura e prevenção de doenças infecciosas em aves domésticas.

No gráfico abaixo, vê-se a projeção dessa experiência para nível mundial. Se experiências como essa ocorressem nos outros países em desenvolvimento, o número de crianças desnutridas se reduziria a apenas vinte milhões em 2020 (UNU, 2000).

Figura 4 – Déficit de políticas e prioridades impedirão o cumprimento da meta do Comitê de Alimentação Mundial de 1990, que era de reduzir a desnutrição pela metade até o ano de 2015



Qual seria a melhor estrutura?

É fundamental que os programas de combate à desnutrição tenham uma atenção especial para a estrutura de atendimento. Por isso, seriam importantes tanto a criação de centros especializados como os *Centros de Recuperação e Educação Nutricional (Cren)*.

Esses *Centros*, embora tenham estrutura semelhante, não teriam os mesmos objetivos e critérios de tratamento daqueles da década de 1950-1960 (Solymos e cols. 1997). Naquela época, a intenção era de reduzir a mortalidade infantil por meio de uma recuperação rápida de peso em relação à estatura (ou seja, desnutrição aguda grave). Os *Cen-*



Foto: Cortesia das Autoras

País de crianças desnutridas atendidas pelo Cren de São Paulo.

tros atuais devem ter por objetivo a recuperação completa de peso e estatura pois, como visto, a baixa estatura aumenta o risco de doenças crônicas. Outra vantagem desses *Centros* seria o fato de eles permitirem uma forma estável e eficiente de combate à miséria devido à penetração na comunidade e ao estabelecimento de “relações de confiança” (Soares 2002; www.desnutricao.org.br).

Os *Centros de Recuperação e Educação Nutricional* atuariam em três âmbitos:

- Dando suporte à atuação na comunidade através de atividades no campo social, psicológico, nutricional e de encaminhamento para outros serviços;
- Realizando atividade ambulatorial especializada para crianças desnutridas e
- Sendo hospital-dia para tratamento dos desnutridos mais graves.

Estes *Centros de Recuperação e Educação Nutricional* poderiam ter dois níveis de complexidade:

- a) Constituindo-se como um *Centro de Referência* no município para atendimento da população desnutrida nos três âmbitos (comunidade, ambulatorio e hospital-dia), e para a geração de conhecimento e formação dos profissionais atuantes na área, além de centralização (elaboração e análise) de bancos de dados. Serão estes Centros de Referência os responsáveis pela avaliação das intervenções realizadas e por cursos de formação para profissionais e líderes comunitários. Estes cursos podem ser no local ou itinerantes. É importante que este *Centros de Referências* tenham ligações com as universidades locais.
- b) Atuando como *Creche Especial ou Hospital-dia* para crianças desnutridas (Vieira e cols., 1998), onde estas recebem cinco refeições diárias de muito boa qualidade e simultaneamente cuidados diários de saúde e combate às infecções associadas (Fernandes e cols., 2002; www.desnutricao.org.br).

As famílias que possuem indivíduos desnutridos são aquelas de maior risco social e, por isso, é necessário acoplar às atividades desses *Centros* atividades de promoção humana para combater os mecanismos de exclusão social mais arraigados em nossa sociedade, tais como, complementação de renda, cursos profissionalizantes etc. Na prática, estes *Centros* pontualizam as ações de identificação das famílias de maior risco social e centralizariam as ações de maior impacto com menor desperdício de recursos, evitando a multiplicação e a sobreposição de ações.

Foto: Cortesia das Autoras



Visita domiciliar: família atendida pelo Cren em São Paulo.

Eles permitem ações educativas e relacionamento direto e próximo dos profissionais com as famílias (Soares, 2002; www.desnutricao.org.br). Eles devem atuar também na formação educativa das crianças, considerando suas condições socioeconômicas, reforçando a rede familiar e o contato com outros serviços, rompendo o isolamento característico da miséria. É comum que as crianças mais pobres sofram preconceitos e exclusão na escola, por isso esses centros devem também ter contato direto com as instituições educacionais (Sawaya, 2002; www.desnutricao.org.br).

A intervenção deve se dar em diferentes níveis e áreas. Por isso, é necessário aplicar o conceito do trabalho interdisciplinar na própria constituição das políticas e das equipes de trabalho.

A seguir, colocamos um quadro que resume essa proposta para erradicação da desnutrição em nosso país.

Bibliografia

- ADAMS, E. J.; GRUMMER-STRAWN, L. e CHAVEZ, G. "Food Insecurity is Associated with Increase Risk of Obesity in California Women". *Journal of Nutrition*, vol. 133, 2003, pp. 1070-1074.
- AGUIAR, M. e ARAÚJO, C. H. *Bolsa-escola: educação para enfrentar a pobreza*. Unesco, Brasília, 2002, p. 32.
- ALAIMO, K.; OLSON, C. M. e FRONGILLO, E. A. "Low Family Income and Food Insufficiency in Relation to Overweight in US Children". *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, vol. 155, 2001, pp. 1161-1167.
- BANCO MUNDIAL. *Avaliação da pobreza no Brasil. Volume I: relatório principal*. Divisão de Operações de Recursos Humanos, Região da América e do Caribe, Brasília, 1996.
- _____. *O combate à pobreza no Brasil: relatório sobre pobreza, com ênfase nas políticas voltadas para a redução da pobreza urbana. Volume I: relatório resumido*. Brasília, 2001. p. 27. Disponível em: <http://www.obancomundial.org>.

Formação e Educação no Combate à Desnutrição

Investir nos profissionais e atores sociais já existentes (governamentais e da sociedade civil)

- Na comunidade
- Em ambulatórios
- Em creches e centros de educação infantil
- Em escolas

Criação de CRENs Referência

Centros de Referência em Educação e Recuperação Nutricional, de preferência ligados à universidade local

1. Cursos de formação para profissionais e líderes comunitários da região.

2. Análise e centralização de dados sobre desnutrição e recuperação nutricional.

3. Avaliação das intervenções

4. Ambulatório especializado

5. Hospital-dia de referência para crianças desnutridas.

Deve contar com os seguintes profissionais: pediatra, nutricionista, assistente social, psicólogo, pedagogo, enfermeira

Criação de hospitais-dia para desnutrição com financiamento SUS (portaria)

Criação de hospitais-dia para crianças desnutridas. Contam com uma estrutura semelhante à de uma creche/pré-escola e o acompanhamento de pediatra, nutricionista, psicólogo e assistente social. Esta equipe pode servir a mais de uma unidade.

Aspectos Fundamentais do Método: 1. valorização da pessoa humana e sua dignidade a partir do seu patrimônio, 2. conhecimento e consideração dos mecanismos de exclusão social, 3. Realização de busca ativa dos desnutridos através de censos antropométricos na comunidade e de visitas domiciliares, 4. intervenção a partir das redes sociais.

- BARROS, R. P. e HENRIQUES, R. A. *A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil*. Texto para discussão n° 800. Rio de Janeiro, Ipea, 2001. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>.
- BENFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. PNDS. *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996*. Rio de Janeiro, Ed. Rio de Janeiro, 1997.
- CASEY, P. H.; SZETO, K.; LENSING, S.; BOGLE, M. e WEBER, J. “Children in Food-Insufficient Low-income Families”. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, vol. 155, pp. 508-514, 2001.
- DOAK, C. M.; ADAIR, L. S.; MONTEIRO, C. e POPKIN, B. M. “Overweight and Underweight Coexist within Households in Brazil, China and Russia”. *Journal of Nutrition*, vol. 130, n. 12, 2000, pp. 2965-2971.
- DUNCAN, B. B.; RUMEL, D.; ZELMANOWICZ, A.; MENGUE, S. S.; DOS SANTOS, S. e DALMAZ, A. “Social Inequality in Mortality in Sao Paulo State, Brazil”. *International Journal of Epidemiology*, vol. 24, n. 2, 1995, pp. 359-365.
- FAO – Food and Agriculture Organization of the United Nations. *Food Insecurity; when People Live with Hunger and Fear Starvation*. Rome, 2001.
- FERNANDES, B. S.; FERNANDES, M. T. B.; BISMARCK-NASR, E. M. e ALBUQUERQUE, M. P. *Abordagem clínica e preventiva, livro 3*. SOLYMOS, G. M. B. e SAWAYA, A. L. (orgs.). Coleção Vencendo a Desnutrição. São Paulo, Salus Paulista, 2002. Disponível em: <http://www.desnutricao.org>.
- FERNANDES, M. T.; SESSO, R.; MARTINS, P. A. e SAWAYA, A. L. “Increased Blood Pressure in Adolescents of Low Socioeconomic Status with Short Stature”. *Pediatric Nephrology*, vol. 18, n. 5, 2003, pp. 435-439.
- FERREIRA, H. S.; ALBUQUERQUE, M. F. M. e SILVA, R. “Perfil antropométrico da população residente em invasão do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Porto Calvo, Alagoas-Brasil”. *Revista de Epidemiologia*, vol. 2, 1996, p. 114.
- FLORENCIO, T. M.; FERREIRA, H. S.; De FRANÇA, A. P.; CAVALCANTE, J. C. e SAWAYA, A. L. “Obesity and Undernutrition in a Very-low-income Population in the City of Maceio, Northeastern Brazil”. *British Journal of Nutrition*, vol. 86, n. 2, 2001, pp. 277-285.
- FLORENCIO, T. M.; FERREIRA, H. S.; CAVALCANTE, J. C.; LUCIANO, S. M. e SAWAYA, A. L. “Food Consumed does not Account for the Higher Prevalence of Obesity among Short-statured Adults in a Very Low Income Population in the Northeast of Brazil (Maceió, Alagoas)”. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2003, no prelo.
- GOMEZ, F.; GALVAN, R. R.; FRANK, S.; CHAVEA, R. e VASQUEZ, J. “Mortality in Second and Third Degree Malnutrition”. *Journal of Tropical Pediatrics*, vol. 2, 1956, pp. 77-83.
- GUIMARÃES, L. V.; LATORRE, M. do R. e BARROS, M. B. A. “Fatores de risco para a ocorrência de déficit estatural em pré-escolares”. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 15, 1999, pp. 605-615.
- HOFFMAN, D. J.; SAWAYA, A. L.; VERRESCHI, I.; TUCKER, K. e ROBERTS, S. B. “Why are Nutritionally Stunted Children at Increased Risk of Obesity? Studies of metabolic Rate and Fat Oxidation in Shantytown Children from São Paulo, Brazil”. *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 72, 2000a, pp. 702-707.
- HOFFMAN, D. J.; SAWAYA, A. L.; COWARD, A.; WRIGHT, A.; MARTINS, P. A.; NASCIMENTO, C.; TUCKER, K. e ROBERTS, S. B. “Energy Expenditure of Stunted

- and Nonstunted Boys and Girls Living in the Shantytowns of São Paulo, Brazil”. *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 72, 2000b, pp. 1025-1031.
- HOFFMAN, D. J.; ROBERTS, S. B.; VERRESCHI, I.; MARTINS, P. A.; NASCIMENTO, C.; TUCKER, K. e SAWAYA, A. L. “Regulation of Energy Intake May Be Impaired in Nutritionally Stunted Children from the Shantytowns of São Paulo, Brazil”. *Journal of Nutrition*, vol. 130, 2000c, pp. 2265-2270.
- KAC, G. “Tendência secular em estatura: uma revisão da literatura”. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 15, 1999, pp. 451-461.
- KING, H.; AUBERT, R. E. e HERMAN, W. H. “Global Burden of Diabetes, 1995-2025”. *Diabetes Care*, vol. 21, 1998, pp. 1414-1431.
- KUH, D.; HARDY, R.; CHATURVEDI, N. e WADSWORTH, M. E. “Birth Weight, Childhood Growth and Abdominal Obesity in Adult Life”. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, vol. 26, n. 1, 2002, pp. 40-47.
- LAW, C. M.; BARKER, D. J. P.; OSMOND, C.; FALL, C. H. e SIMMONDS, S. J. “Early Growth and Abdominal Fatness in Adult Life”. *Epidemiology in Community Health*, vol. 46, 1992, pp. 184-186.
- LOOS, R. J.; BEUNEN, G.; FAGARD, R.; DEROM, C. e VLIETINCK, R. “Birth Weight and Body Composition in Young Women: A Prospective Twin Study”. *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 75, n. 4, 2002, pp. 676-682.
- MARQUES, E.; TORRES, H. e SARAIVA, C. “Favelas no Município de São Paulo: estimativas de população para os anos de 1991, 1996 e 2000”. *Base Cartográfica Digital das Favelas do Município de São Paulo*. Centro de Estudos da Metrópole/Prefeitura Municipal de São Paulo, 2003.
- NEPP/UNICAMP. *Estratégias para combater a pobreza no Brasil: programas, instituições e recursos. Relatório Final*. Campinas, 1994.
- OPAS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La Salud en las Américas*. Washington, D.C., vol. 1, 1998, 368p. (Publicación Científica, n. 569).
- RAVELLI, G. P.; STEIN, Z. e SUSSER, M. “Obesity in Young Men After Famine Exposure in Utero and Early Infancy”. *New England Medical Journal*, vol. 259, 1976, pp. 349-53.
- ROSEBOOM, T. J.; VAN DER MEULEN, J. H.; RAVELLI, A. C.; VAN MONTFRANS, G. A.; OSMOND, C.; BARKER, D. J. e BLEKER, O. P. “Blood Pressure in Adults after Prenatal Exposure to Famine”. *Journal of Hypertension*, vol. 17, n. 3, 1999, pp. 325-330.
- SAWAYA, A. L.; DALLAL, G.; SOLYMOS, G. M.; SOUZA, M. H.; VENTURA, M. L.; ROBERTS, S. B. e SIGULEM, D. M. “Obesity and Malnutrition in a Shantytown Population in the City of São Paulo, Brazil”. *Obesity Research*, vol. 3, suppl. 2, 1995, pp. 107-115.
- SAWAYA, A. L. “Transição: desnutrição energético-protéica e obesidade”. Em _____ (org.). *Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição*. São Paulo, Cortez, 1997.
- SAWAYA, A. L.; GRILLO, L. P.; VERRESCHI, I.; SILVA, A. C. e ROBERTS, S. B. “Mild Stunting is Associated with Higher Susceptibility to the Effects of High Fat Diets: Studies in a Shantytown Population in São Paulo, Brazil”. *Journal of Nutrition*, vol. 128, 1998, pp. 415-420.
- SAWAYA, S. M. *Abordagem pedagógica, livro 5*. SOLYMOS, G. M. B. e SAWAYA, A. L.

- (orgs.). Coleção Vencendo a Desnutrição. São Paulo, Salus Paulista, 2002. Disponível em: <http://www.desnutricao.org>.
- SAWAYA, A. L.; MARTINS, P. A.; HOFFMAN, D. J. e ROBERTS, S. B. “The Link between Childhood Undernutrition and Apparent Risk of Chronic Diseases in Adult Life: A Case Study of Brazil”. *Nutrition Reviews*, 2003, no prelo.
- SEHAB – São Paulo. *Favelas na cidade de São Paulo*. São Paulo, 1994.
- SICHERI, R.; SIQUEIRA, K. S.; PEREIRA, R. A. e ASCHERIO, A. “Short Stature and Hypertension in the City of Rio de Janeiro, Brazil”. *Public Health Nutrition*, vol. 3, n. 1, 2000, pp. 77-82.
- SOARES, M. L. P. V. *Abordagem social, livro 4*. SOLYMOS, G. M. B. e SAWAYA, A. L. (orgs.). Coleção Vencendo a Desnutrição. São Paulo, Salus Paulista, 2002. Disponível em: <http://www.desnutricao.org>.
- SOARES, N. T. e PARENTE, W. G. “Desnutrição e resultados de reabilitação em Fortaleza”. *Revista de Nutrição*, Campinas, vol. 14, n. 2, 2001, pp. 103-110.
- SOLYMOS, G. M. B.; SAWAYA, A. L.; FERRARI, A. A.; VIEIRA, M. de F. A. e UNEGBU, C. H. “Centro de Recuperação e Educação Nutricional: uma proposta para o combate à denutrição energético-proteica”. Em SAWAYA, A. L. (org) *Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição*. São Paulo, Cortez, 1997, p. 191.
- SOLYMOS, G. M. B. *Abordagem psicológica, livro 6*. SOLYMOS, G. M. B. e SAWAYA, A. L. (orgs.). Coleção Vencendo a Desnutrição. São Paulo, Salus Paulista, 2002. Disponível em: <http://www.desnutricao.org>.
- SZWARCWALD, C. L.; ANDRADE, C. L. T. e BASTOS, F. I. “Income Inequality, Residential Poverty Clustering and Infant Mortality: A Study in Rio de Janeiro, Brazil”. *Social Science & Medicine*, vol. 55, 2002, pp. 2083-2092.
- UNU – United Nations University. “Ending Malnutrition by 2020: An Agenda for Change in the Millennium”. *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 21, n. 3, 2000.
- VIERA, M. de F. A.; SOLYMOS, G. M. B.; SOUZA, M. H. do N.; FERRARI, A. A.; UNEGBU, C. e SAWAYA, A. L. *Revista da Associação Médica Brasileira*, vol. 44, n. 4, 1998, pp. 294-300.
- WATERLOW, J. C. “Classification and Definition of Protein-energy Malnutrition”. Em BEATON, G. H.; BENGGOA, J. M. (orgs.) *Nutrition in Preventive Medicine: The Major Deficiency Syndromes, Epidemiology, and Approaches to Control*. Geneva, WHO, 1976, pp. 530-555.
- [Www.desnutricao.org](http://www.desnutricao.org) – *Portal vencendo a denutrição*. SAWAYA, A. L. e SOLYMOS, G. M. B. (orgs.).

RESUMO – ESTE ARTIGO procura mostrar alguns dados sobre as condições nutricionais e de pobreza de duas populações moradoras em favelas, nos municípios de Maceió e São Paulo. Os resultados apresentados revelam que no Brasil atual, a associação entre pobreza e estado nutricional (incluindo desnutrição energético-proteica e obesidade) é complexa e ainda pouco conhecida. Há um número elevado de indivíduos obesos nas populações brasileiras que vivem abaixo da linha de pobreza nas zonas urbanas. A obesidade co-existe com altas prevalências de desnutrição. Esses achados estão associados com alimentação deficiente, sobretudo em qualidade, levando à alta prevalência de baixa estatura. Vários estudos mostram que a obesidade encontrada na população pobre pode ser

sequela de desnutrição precoce e apontam para a necessidade de programas que: sejam focalizados nos indivíduos realmente desnutridos e conseqüentemente realizem avaliação do estado nutricional, cuidados de saúde caso a caso, forte atenção ao pré-natal, melhorem as condições de moradia e combatam o analfabetismo materno. O artigo recomenda ainda a criação de Centros de Educação e Recuperação Nutricional para combater a desnutrição, visando recuperação da baixa estatura, com forte enfoque de intervenção na comunidade.

ABSTRACT – THIS ARTICLE shows the socioeconomic and nutritional conditions of two shantytown populations from the city of São Paulo and Maceió. The results reveal that in Brazil, the association between poverty and nutritional status (including undernutrition and obesity) is complex and not well known. There is a large number of obese individuals among people living below the poverty line in urban areas. Obesity co-exists with undernutrition and food insecurity, specially in stunted individuals. A series of studies have shown that obesity can be a sequelae of previous undernutrition. The article describes the need for programmes that focus only the real undernourished individuals and consequently, measure nutritional status, promote health and prenatal care, improve living conditions and fight against mother illiteracy. From the results presented, the article recommend the setting up of Centers for Nutritional Rehabilitation, to fight against undernutrition, aiming the recovery of stunting, and with a strong community based intervention.

Ana Lydia Sawaya é formada pelo Instituto de Biociências da USP e professora adjunta livre docente do Departamento de Fisiologia da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo), exercendo atualmente o cargo de chefe deste. É coordenadora do Grupo de Estudos em Nutrição e Pobreza do IEA-USP e presidente do Centro de Recuperação e Educação Nutricional.

Gisela Maria Bernardes Solymos é formada pelo Instituto de Psicologia da USP e atualmente é professora-visitante doutora da Unifesp, além de diretora de Projetos do Centro de Recuperação e Educação Nutricional.

Telma Maria Toledo Florêncio é formada pela Universidade Federal de Pernambuco e professora do curso de Nutrição da Universidade Federal do Alagoas.

Paula Andrea Martins é formada pela Faculdade de Saúde Pública da USP e aluna de doutorado da Unifesp.

Texto recebido e aceito para publicação em 28 de maio de 2003.

Indicadores nutricionais e políticas públicas

SEMÍRAMIS MARTINS ÁLVARES DOMENE

DESDE A REALIZAÇÃO da Conferência Mundial sobre Alimentação, em 1974, organizada pela FAO – Food and Agriculture Organization, órgão integrante da Organização das Nações Unidas – ONU, os governos participantes comprometeram-se a dedicar esforços para garantir o direito inalienável de todo homem, mulher ou criança estar livre do risco da fome e da desnutrição para o desenvolvimento pleno de suas faculdades físicas e mentais. Quase trinta anos depois, dados apresentados no Segundo Fórum Mundial de Alimentação em 2002 indicam que a cada ano o número de desnutridos cai oito milhões. Apesar de parecer muito, a dimensão da fome no mundo é de tal gravidade que, para que em 2015 se alcance a metade do número de desnutridos, esta taxa de redução deve ser de pelo menos 22 milhões por ano. Estes dados demonstram que todas as medidas tomadas até agora resultaram em pequeno impacto.

As razões para a pequena efetividade das iniciativas podem ser diversas. Do ponto de vista do planejamento em saúde, a implantação de um sistema que preveja o diagnóstico, para adequado mapeamento da situação e das necessidades alimentares da população, dos mecanismos e das estruturas já disponíveis para ações de intervenção, em uma perspectiva de médio e longo prazo, depende do estabelecimento de políticas públicas concebidas em uma perspectiva de continuidade, e com ampla participação da sociedade e da comunidade acadêmica.

Exemplo disso se dá na discussão sobre Segurança Alimentar, que tem orientado a agenda de governos e organizações sociais preocupadas com questões relacionadas à suficiência de suprimento de alimentos, e ampliação de sua concepção a partir do conceito de segurança nutricional. Estudos de Vigilância Nutricional e Alimentar contribuem orientando sobre as demandas nutricionais mais importantes de cada grupo social e criando possibilidades de intervenção efetivas. Desta forma, garante-se não só o acesso aos alimentos, mas também o suprimento suficiente de nutrientes e energia, o que dá adequada dimensão à proposta. O conceito sobre segurança nutricional e sua articulação com a segurança alimentar exige a confluência de várias especialidades, o que é, naturalmente, mais complexo (Lobstein, 2002), mas possibilita a ampliação da temática, com a inclusão das situações de risco derivadas de inadequações alimentares não exclusivamente determinadas por carência. A epidemia da obesidade e as elevadas taxas de doenças crônicas não transmissíveis são preocupações importantes em Saúde Pública, e acometem cada vez mais indivíduos de todos os estratos

sociais. Estudo realizado em Campinas demonstrou a ocorrência de situações aparentemente paradoxais, em que se observa *déficit* nutricional ou excesso de peso em moradores de bolsões de pobreza (Domene e col., 1999).

As questões relativas à Segurança Nutricional foram tema de discussão do Grupo Consultivo para América Latina e Caribe em seu encontro preparatório para o Fórum Mundial de Alimentação de 1996 (World Food Summit, 1996), e foram também abordadas pela Associação Norte-americana de Nutricionistas (Olson e Holben, 2002).

No Brasil, a alteração da estrutura socioeconômica da população vem sendo acompanhada da melhoria dos indicadores de desnutrição, conforme dados obtidos nas últimas décadas (Monteiro e Conde, 2000). Apesar disso, a insuficiência alimentar ainda é preocupante, e mostra forte associação com renda e escolaridade (Marins e Almeida, 2002). Em São Paulo, a renda familiar dobrou entre os anos de 1980 e 1990, o número de famílias com baixo poder aquisitivo caiu 50%, e a escolaridade materna cresceu em 1,5 anos. Contudo, a tradução dos indicadores nutricionais e de saúde, em um país com dimensões territoriais tão grandes e diversidades regionais tão marcantes, encobre realidades locais que apresentam particularidades, com ilhas de riqueza e a continuidade de situações de risco em bolsões de pobreza, observando-se claramente a interferência do fator renda quando os dados são desagregados.

Mesmo em nações desenvolvidas, a questão pode assumir contornos preocupantes, a partir do entendimento de que situações de insegurança alimentar e nutricional não se restringem à falta de alimentos, e podem afetar negativamente o consumo e a saúde. Nos EUA, cerca de 10% dos domicílios, que representam uma população estimada em 33 milhões de pessoas segundo dados de 2000, estavam expostos a situações de insegurança alimentar (Olson e Holben, 2002). Na Europa, em regiões com elevado nível de renda, dados do Seneca, um dos mais relevantes estudos sobre saúde e nutrição já realizados, indicaram a necessidade de acompanhar situações de insegurança alimentar entre idosos, apesar da diminuição dos casos de desnutrição (de Groot e van Staveren, 2002).

Parece ser crescente o consenso em torno da associação entre desequilíbrio alimentar e as principais doenças com relevância em Saúde Pública (Szostak, 1994), o que reforça a importância dos estudos sobre consumo alimentar como parte de uma política de vigilância (Solomons e Valdes-Ramos, 2002). A padronização de técnicas que garantam sensibilidade e especificidade é, contudo, ainda um desafio em estudos populacionais de consumo, como constatado por pesquisadores em diferentes regiões do globo (Szostak, 1994, Robinson e col., 2001, Kaluski e col., 2002).

Muitas das iniciativas de implantação de um programa de Segurança Alimentar e Nutricional enfrentam dificuldades muito parecidas, e o conhecimento destas dificuldades pode ser útil para orientar a formulação de políticas na área. São comuns situações de escassez de recursos, que levam invariavelmente a realo-

cações e revisões dos investimentos inicialmente previstos para o setor saúde. Outra situação que compromete a condução de políticas na área de alimentação e nutrição decorre de desarticulação das informações sobre os indicadores nutricionais, que pode determinar ausência de investimentos em projetos prioritários ou, eventualmente, duplicação de gastos. Soma-se a isto a baixa capacidade de incorporação dos resultados decorrentes dos financiamentos para a reorganização e o planejamento continuado de ações.

A abordagem da questão merece, portanto, a articulação de ações relacionadas a diferentes áreas, como a educação, o saneamento e acesso aos serviços de saúde. Para ilustrar como algumas iniciativas são efetivas, pode-se citar as ações promotoras do aleitamento materno para o combate à desnutrição: dados de Almeida e colaboradores (1999), trabalhando com crianças de Niterói, reforçaram que o aleitamento está fortemente associado com escolaridade da mãe, e propôs que é possível reduzir em 40% os baixos indicadores de comprometimento de altura com medidas de incentivo à lactação materna. O estímulo ao aleitamento como estratégia de combate à desnutrição, contudo, em regiões de pobreza extrema, é pouco efetivo para a recuperação dos indicadores nutricionais, embora contribua para diminuir as taxas de mortalidade (Briend e Bari, 1989). Estas situações demonstram inequivocamente como a academia pode colaborar para otimizar o planejamento das ações de saúde, com vistas a seu direcionamento a objetivos específicos, e com isto causar o impacto necessário sobre as demandas sociais.

O país passa por um momento estratégico para a reorganização das ações em nutrição, notadamente influenciado pelo debate em torno do Programa Fome Zero e pelo envolvimento da sociedade, ingredientes básicos para o estabelecimento de um plano de sucesso. Resta contudo ampliar a participação da academia, que não deve se omitir da reflexão, do debate, da formulação de propostas e do acompanhamento das ações.

Bibliografia

- ALMEIDA, R. M.; DE MARINS, V. M. e VALLE, J. "Breastfeeding, Socio-economic Conditions and Nutritional Status of Children Younger than 12 Months in Brazil". *Ann Trop Paediatr* 1999, set., 19(3), pp. 257-262.
- BRIEND, A. e BARI, A. "Breastfeeding Improves Survival, but not Nutritional Status, of 12-35 Months Old Children in Rural Bangladesh". *Eur J Clin Nutr* 1989, set., 43(9), pp. 603-608.
- DE GROOT, C. P. e VAN STAVEREN, W. A. "Undernutrition in the European Seneca Studies". *Clin Geriatr Med* 2002, nov., 18(4), pp. 699-708, vi.
- KALUSKI, D. N.; OPHIR, E. e AMEDE, T. "Food Security and Nutrition – The Ethiopian Case for Action". *Public Health Nutr* 2002, jun., 5(3), pp. 373-381.
- LOBSTEIN, T. "Food Policies: A Threat to Health?" *Proc Nutr Soc* 2002, nov., 61(4), pp. 579-585.

- MARINS, V. M. e ALMEIDA, R. M. “Undernutrition Prevalence and Social Determinants in Children Aged 0-59 Months”. Niterói, Brasil. *Ann Hum Biol* 2002, nov.-dez., 29(6), pp. 609-618.
- MONTEIRO, C. A. e CONDE, W. L. “Secular Trends in Malnutrition and Obesity among Children in the City of Sao Paulo, Brazil (1974-1996)”. *Revista de Saúde Pública* 2000, dez., 34(6 Suppl), pp. 52-61.
- MONTEIRO, C. A. e DE FREITAS, I. C. “Evolution of Socioeconomic Determinants of Health in Childhood in the City of Sao Paulo, Brazil (1984-1996)”. *Revista de Saúde Pública* 2000, dez., 34(6 Suppl), pp. 8-12.
- OLSON, C. M. e HOLBEN, D. H. “Position of the American Dietetic Association: Domestic Food and Nutrition Security”. *J Am Diet Assoc* 2002, dez., 102(12), pp. 1840-1847.
- SOLOMONS, N. W. e VALDES-RAMOS, R. “Dietary Assessment Tools for Developing Countries for Use in Multi-centric, Collaborative Protocols”. *Public Health Nutr* 2002, dez., 5(6A), pp. 955-968.
- SZOSTAK, W. B. “The Need for Improved Methods of Diet Assessment for Developing and Monitoring Food Policy in Eastern Europe”. *Am J Clin Nutr* 1994, jan., 59(1 Suppl), pp. 273S-274S.
- World Food Summit. *Report of the Regional NGO Consultation for Latin America and the Caribbean on the World Food Summit*. Asunción, Paraguay, 1996.

RESUMO – Durante a realização da Conferência Mundial sobre Alimentação, em 1974, os governos participantes defenderam o direito inalienável de todo homem, mulher ou criança estar livre do risco da fome e da desnutrição para o desenvolvimento de suas faculdades físicas e mentais. Quase trinta anos depois, os presentes ao Segundo Fórum Mundial de Alimentação, realizado em 1996, comprometeram-se com o conceito de Segurança Alimentar para todos e com a erradicação da fome, reduzindo-se o número de desnutridos à metade até 2015. Apesar dos esforços dispendidos, a persistir a atual taxa de redução, esta meta não será atingida, a menos que se estabeleça a Segurança Alimentar e Nutricional como política pública, especialmente em regiões com pobreza. A escolha do método mais adequado para medida de consumo de alimentos e de estado nutricional, e a avaliação dos indicadores mais adequados só será viabilizada por meio da abordagem ampla da questão. Os indicadores adotados em saúde pública podem mascarar realidades particulares atrás de valores médios, especialmente em regiões de pobreza, levando à falsas interpretações sobre estado nutricional e consumo de alimentos. Com este entendimento, o estabelecimento de políticas públicas para a Segurança Alimentar e Nutricional depende de uma ação coordenada entre estado, sociedade, academia e o setor produtivo, a fim de que estabeleça um plano efetivo de transformação da realidade.

ABSTRACT – During the World Food Conference in 1974, governments had proclaimed that “every man, woman and child has the inalienable right to be free from hunger and malnutrition in order to develop their physical and mental faculties.” Almost thirty years later, participants of the World Food Summit held in 1996, pledged a common commitment to achieving food security for all, and to eradicate hunger, by reducing the number of undernourished people to half until 2015. Despite the efforts, at the average

annual rate of reduction , this goal will not be attained, unless Food and Nutrition Security is adopted at a policy level, mainly under circumstances of poverty. To choose a suitable method to measure food consumption and nutritional status, and to test adequate risk indicators, a participatory and comprehensive approach is needed. Because of social discrepancies, the commonly assumed median public health risk indicators are not always valid in developing countries, since they can lead to misleading interpretation about nutritional status or food consumption observed in poor areas. To the extent that this assumption is correct, an effective screening mechanism is part of a national food policy for Food and Nutrition Security, and should be oriented by the efforts of governments, community, universities and the private sector, to reinforce an alliance to promote a coordinated action.

Semiramis Martins Álvares Domene é professora titular da Faculdade de Nutrição da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

Recebido e aceito para publicação em 2 de junho de 2003.

2 ALIMENTAÇÃO E EDUCAÇÃO: O CAMINHO DA PARCERIA

A temática da Educação, reconhecida como prioridade de política pública, motivou o GPNP a fazer a aproximação com pesquisadores da área de Educação. Dois eventos, organizados com pesquisadores da Faculdade de Educação da USP, gestores públicos e lideranças sociais, marcaram essa abordagem.



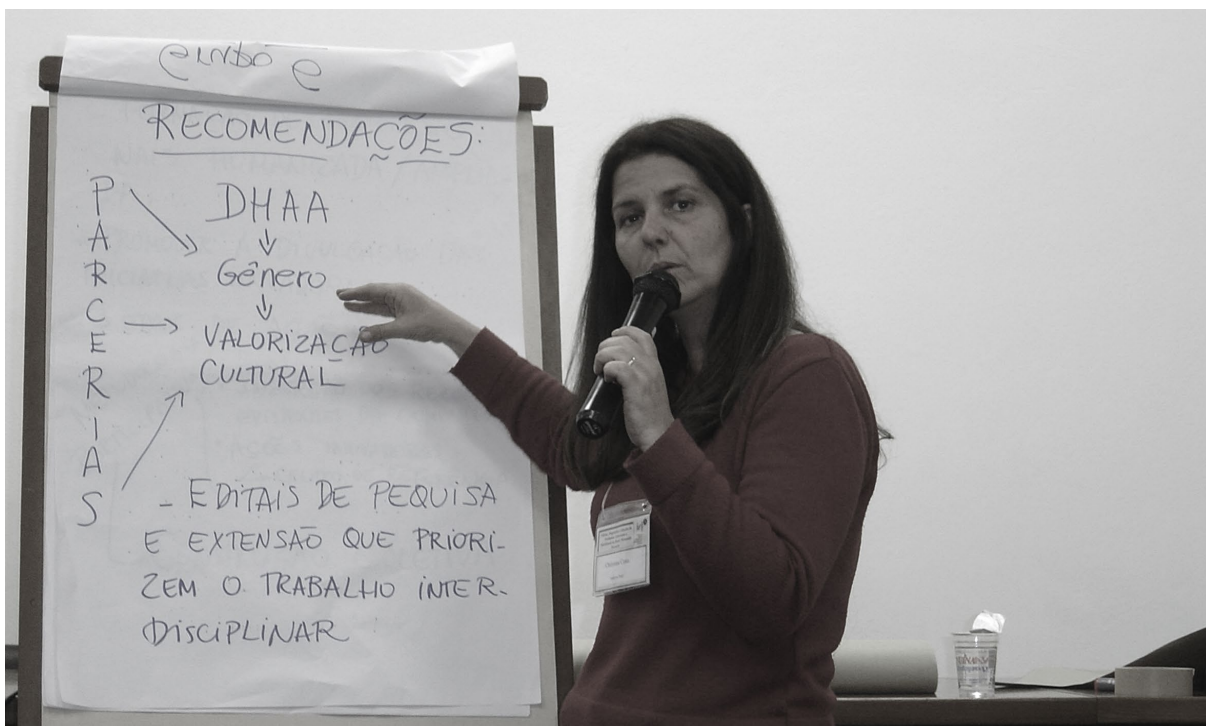
Sandra Sawaya, Selma Garrido e Ana Lydia Sawaya no “Simpósio Escola, Nutrição e Saúde: Desafios Contemporâneos” | Foto: Mauro Bellesa/IEA-USP

O simpósio “Escola, Nutrição e Saúde: Desafios Contemporâneos” aconteceu em novembro de 2004, em parceria com a Faculdade de Educação da USP. As mesas de debate trataram de quatro temas: “Saúde, Desnutrição e Fracasso Escolar”, “Promoção da Saúde e Nutrição na Escola”, “Proposta e Projetos em Alimentação, Nutrição e Saúde” e “Os Jovens e os Projetos de Intervenção em Direitos Humanos, Nutrição e Saúde”.

“Diagnóstico e Soluções dos Problemas Alimentares e Nutricionais no Brasil: Formando Parcerias” foi o tema da primeira oficina do grupo, realizada em agosto de 2005. O encontro teve a participação de pesquisadores de várias universidades, representantes de Ministérios e integrantes de organizações não governamentais. Algumas das propostas da oficina foram: desenvolvimento de programas de educação nutricional nas escolas; capacitação de profissionais de saúde; coleta e consolidação dos dados sobre saúde e nutrição; levantamento das iniciativas de sucesso e definição de estratégias de comunicação.



Luis Gaj e Rosana Salles-Costa falam na oficina “Diagnósticos e Soluções de Problemas Alimentares e Nutricionais no Brasil” | Foto: Mauro Bellesa/IEA-USP



Christiane Costa participa do evento “Diagnósticos e Soluções de Problemas Alimentares e Nutricionais no Brasil - Formando Parcerias” | Foto: Mauro Bellesa/IEA-USP



Rosane Maria Nascimento da Silva durante a oficina “Diagnósticos e Soluções de Problemas Alimentares e Nutricionais no Brasil - Formando Parcerias” | Foto: Mauro Bellesa/IEA-USP

O tema “Educação para a Nutrição e para o Combate à Pobreza” foi tratado por meio de três oficinas que reuniram, durante dois dias em setembro e novembro de 2006, pesquisadores, docentes e representantes de Ministérios ligados à área da Saúde para contribuírem na elaboração, discussão e proposição de políticas públicas destinadas a promoção da alimentação saudável, boa nutrição e combate à pobreza. Segundo Ana Lydia Sawaya, “esta oficina procurou aprofundar uma questão que apareceu em oficinas anteriores como crucial para a melhoria das condições nutricionais e da situação de pobreza no Brasil que é: o que significa EDUCAR e quando um processo educativo gera uma efetiva mudança de comportamento que dura no tempo”.

Esses encontros convergiram com a formulação teórica da edição “Alimentação e Educação”, intitulada “Políticas públicas: uma nova abordagem”. Neste capítulo estão organizados os textos publicados na revista Estudos Avançados no volume 20, número 56, 2006; volume 20, número 58, 2006; e no volume 21, número 60, 2007. O artigo de apresentação traz um excelente resumo de cada artigo da edição.

O registro em vídeo das oficinas está disponível por meio dos links:

Educação para a Nutrição e para o Combate à Pobreza

Vídeo: [Parte 1](#) [Parte 2](#) [Parte 3](#)



Gisela Solymos, Ana Lydia Sawaya e Sabrina Oliveira no evento “Educação Para Nutrição e Para o Combate à Pobreza” | Foto: Mauro Bellesa/IEA-USP

Políticas públicas: pontos de método e experiências¹

ANA LYDIA SAWAYA

A UNIDADE entre as várias experiências culturais que compõem a sociedade se dá quando a todas é oferecida a possibilidade de se desenvolverem. A democracia é a convivência de uma pluralidade de respostas que os homens admitem sobre as exigências e perguntas fundamentais da pessoa e da sociedade. A vida democrática é um encontro das várias respostas aos problemas, exigências e problemática que a dura realidade coloca.

O Estado pode agir facilitando e dando espaço às várias respostas que nascem da criatividade e liberdade da pessoa no seu agir individual e comunitário, tornando-se assim, no seu dinamismo, leigo e democrático, ou pode ignorar as tentativas de resposta efetivas já dadas, mesmo que em estado embrionário, e basear a convivência somente nas exigências que correspondam a um critério que ele, como detentor do poder, define. Essas duas possibilidades são determinantes na execução, mas antes ainda e mais importante, no pensar e definir as políticas públicas que coordenarão a intervenção para solucionar os problemas públicos vigentes num determinado país.

Este artigo relata resumidamente duas experiências, uma relativa a uma organização não-governamental (ONG) de dimensão internacional e com fortes raízes no Brasil e outra relativa a uma Secretaria de Estado, nas suas tentativas e respostas efetivas para a realização de políticas públicas no Brasil centradas na pessoa, entendendo essa como protagonista e sujeito do seu próprio desenvolvimento.

Cinco pontos

Centralidade da pessoa

De acordo com a doutrina social católica, o homem é *uno* na realidade do seu *eu*. Portanto, qualquer política pública que procure respeitar o ser humano na sua liberdade e dignidade de escolha sobre a própria vida, que tem também, como interesse, o bem comum de uma sociedade livre e democrática, deve procurar intervir considerando o “homem integral, o homem todo inteiro, em toda a verdade da sua objetividade espiritual e corporal”, não se podendo sobrepor a isso “divisões ou oposições pré-concebidas” (João Paulo II, discurso à Unesco, 2.6.1980).

O que determina, ou seja, o que dá forma a essa unidade da pessoa, do *eu*? É aquele elemento dinâmico que, por meio das perguntas últimas, das exigências fundamentais com que se exprime, guia a expressão pessoal e social da pessoa. É

nessa dimensão que se encontra o significado último da vida de cada pessoa, a raiz da suas escolhas e da busca da felicidade pessoal, e em que se encontram seus anseios mais fundamentais, que podem ser chamados de “senso religioso” (Giussani, 2001).

O senso religioso mostra-se, pois, a raiz da qual brotam os valores. O valor, em última instância, consiste na perspectiva da relação entre algo contingente e a totalidade, o absoluto. A responsabilidade da pessoa, mediante todos os tipos de solicitações que lhe vêm do impacto com o real, compromete-se com a resposta às perguntas que o senso religioso exprime (ibidem). É nesse nível que se encontram perguntas como: Para que serve a minha vida? O que, no fundo, eu desejo e espero da vida? Nesse sentido, uma política pública que quer criar uma cultura de responsabilidade e não apenas deseje agir “sobre” as estruturas carentes, podendo inevitavelmente cair numa certa violência para com o outro, deve manter vivo aquele desejo original da pessoa do qual brotam desejos e valores: a relação com o infinito (o significado último da vida), que torna a pessoa sujeito verdadeiro e ativo da história.

Uma cultura de responsabilidade só pode partir do senso religioso. Esse ponto de partida impele os homens também a se unirem na sociedade, segundo uma totalidade e uma liberdade impossíveis numa política pública realizada de forma mais ou menos impositiva ou relativamente assistencialista, na qual não há um sujeito livre em busca do significado da própria vida, mas apenas o objeto da intervenção.

Assim, uma política pública que tenha a centralidade da pessoa em toda a sua integralidade como ponto de partida fundamental visará compartilhar com a pessoa atendida as suas necessidades e o sentido da vida. Isso requer o encontro e o diálogo com as pessoas atendidas e o conhecimento detalhado da sua condição de vida, valores e cultura. Esse compartilhar implica ainda um comover-se pelo seu destino pessoal.

Partir do positivo

Se é necessário partir, antes de tudo, não da análise e do projeto de quem detém o poder para a realização de políticas públicas, mas do conhecimento das reais necessidades e do sentido da vida de quem será atendido, buscando a responsabilidade autêntica e pessoal deste, é preciso também conhecer o que já existe de recursos positivos naquela pessoa ou na realidade. Antes de partir do que falta ou da *vulnerabilidade* da comunidade a ser atendida, precisa-se conhecer o que já existe de positivo, ou seja, conhecer quais as estratégias de sobrevivência que as pessoas atendidas têm realizado com relativa eficiência. Pois cada pessoa, cada comunidade, ainda que pobre, representa uma riqueza.

Isso significa que a política pública deve procurar valorizar e fortalecer aquilo que as pessoas têm construído, isto é, aquele tecido social e o conjunto de experiências que constituem o seu *patrimônio* de vida. “É portanto, no compromisso com esse primado da socialidade livre e criativa diante do poder que se

demonstram a força e a duração da responsabilidade pessoal” (ibidem). Esses fatores influenciam diretamente o sucesso em longo prazo da política pública e a efetividade da intervenção.

Fazer com

Um projeto “caído do céu” é violento porque não é participado (não conta com a participação de quem deve ser o sujeito da ação e não mero objeto); ou é ineficaz na medida em que fica restrito somente ao assistencial.

A doutrina social católica lembra que a pessoa humana é definida pelo “desejo”.

O desejo é como uma fagulha com a qual se acende o motor. Todos os movimentos humanos nascem desse fenômeno, desse dinamismo constitutivo do homem. O desejo acende o motor do homem; e então ele se põe a buscar pão e água, o trabalho, a mulher ou o homem; põe-se a buscar a poltrona mais cômoda ou a casa mais decente, interessa-se por saber por que alguns têm tanto e outros não tem nada, interessa-se por saber por que alguns são tratados de um certo modo e ele não – tudo isso justamente por força do engrandecimento, da dilatação, do amadurecimento, desses estímulos que ele possui dentro de si. (ibidem)

Por isso, a realização de políticas públicas que não partam do *compartilhar desejos comuns*, “fazendo com” e não apenas “para” a pessoa atendida, ajudando-a a reconhecer e tornar mais fácil a realização do seu desejo, tenderá a ser ineficaz: “Não existe real movimento ou mudança da pessoa sem que uma afeição tenha sido despertada” (ibidem).

Desenvolvimento de corpos intermediários e subsidiaridade

A sociedade nasce da livre agregação das pessoas e das famílias. Realizar um projeto de desenvolvimento significa favorecer as possibilidades de agregação, reconhecer e valorizar a constituição de *corpos sociais intermediários*, como também de um tecido social rico de participação e de co-responsabilidade.

É no primado da sociedade diante do Estado que se preserva a cultura de responsabilidade. Primado da sociedade, portanto: como tecido criado por relações dinâmicas entre movimentos sociais que criando obras e agregações, constituem comunidades intermediárias, e assim exprimem a liberdade das pessoas potencializada pela forma associativa. Um partido que sufoca, que não favorece ou que não defende essa rica criatividade social, contribui para criar ou manter um Estado prepotente sobre a sociedade. Tal Estado reduz-se a ser funcional apenas para os programas de quem está no poder, e a responsabilidade é evocada simplesmente para suscitar consenso para as coisas já programadas. (ibidem)

Nesse mesmo sentido, o *princípio de subsidiaridade* da Doutrina Social Católica afirma que “o poder deve intervir nos lugares em que a pessoa falha, em que a pessoa não consegue construir o que quer e a que tem direito por corresponder à sua natureza, e não nos lugares em que a pessoa não consegue fazer o que o chefe do governo imagina”. Assim,

um homem tem um desejo e busca satisfazê-lo. Outros homens, sentindo o mesmo desejo, buscam satisfazê-lo e compreendem que se reunindo, satisfazem cada um o próprio desejo de modo mais fácil e muito melhor. Quanto mais se dá liberdade à criação das comunidades intermediárias e quanto mais o poder subsidia essa ação, mais feliz será a humanidade. (ibidem)

Parceria

Nos projetos de desenvolvimento, é fundamental estabelecer uma real parceria entre as entidades públicas e privadas envolvidas, colocando em ação grandes quantidades de recursos, favorecendo sinergias. O princípio de *subsidiaridade* e a facilitação para a criação e fortalecimento de *corpos intermediários* colocam o Estado na posição de serviço à pessoa e à sociedade. Se esses dois princípios regem as políticas públicas centradas na pessoa, então, necessariamente, esse Estado buscará parcerias não apenas para garantir ou aumentar a quantidade de recursos, mas como garantia do bem comum e da democracia.

Primeiro exemplo: programas de desenvolvimento urbano

O desenvolvimento humano de um povo não deriva primeiramente nem do dinheiro, nem das ajudas materiais, nem das estruturas técnicas, mas do amadurecimento da mentalidade e dos costumes.

É o homem o protagonista do desenvolvimento, não o dinheiro ou a técnica. (João Paulo II, 1990)

Com essa frase o professor Enrico Novara, coordenador da Fundação “Associação Voluntários para o Serviço Internacional” (AVSI), organização não-governamental sem fins lucrativos, criada em 1972 e hoje empenhada em cerca de cem projetos de cooperação ao desenvolvimento, em 35 países do mundo (América Latina, África, Leste Europeu e Oriente Médio), define a missão de sua fundação. A Fundação AVSI visa apoiar o desenvolvimento humano nos países em desenvolvimento em sintonia com os ensinamentos da Doutrina Social Católica, com particular atenção à educação e à promoção da dignidade da pessoa humana em todas as suas expressões. A AVSI está credenciada desde 1996 junto ao Conselho Econômico e Social das Nações Unidas em Nova York (Ecosoc), tem *status* consultivo junto à ONU para o Desenvolvimento da Indústria, em Viena (Unido), e está inserida na *Special List* das organizações não-governamentais da Organização Internacional da ONU para o Trabalho em Genebra (OIT). Atua nas áreas de educação, infância e família, na integração das áreas urbanas informais, na prevenção e cuidados com a saúde, na formação profissional e encaminhamento ao trabalho. Possui projetos de intervenção em agricultura, ambientais e de segurança alimentar, além de ajuda humanitária de emergência, entre outros projetos.

Nos principais projetos desenvolvidos no Brasil, a AVSI atua em convênio com o poder público. As vantagens desse tipo de parceria são, principalmente, a possibilidade de manter uma clara identidade, sendo um organismo da sociedade civil focalizado no sucesso de uma determinada ação no tempo, ao mesmo tempo que permite uma ação social que não depende exclusivamente do poder

público e da burocracia inerente ao processo. Ter uma identidade clara permite ainda o pluralismo, o diálogo e a parceria a partir de interesses comuns, pois o perigo da ideologia é quando essa não se explicita como tal, mas pretende ser a única reposta a um problema social. Ser um organismo da sociedade civil que atua em programas de utilidade pública em convênio com o Estado tem também a vantagem de fortalecer a sociedade organizada, tornando-a propositiva de ações sociais de interesse próprio; e não apenas reduzindo as ações da sociedade a ações reivindicativas. Essas iniciativas geram uma sociedade mais construtiva.

Um outro fator interessante da Fundação AVSI é que seus sócios principais são outras entidades sem fins lucrativos, inclusive 23 ONG locais que estão presentes nos vários países onde atua. A AVSI como estrutura é, portanto, uma rede de associações. Esse é o motivo para a AVSI pertencer ao Conselho Econômico e Social da ONU, uma vez que representa uma rede de desenvolvimento. Um exemplo desse modo de atuação da AVSI é no combate à Aids em Uganda, onde a AVSI participa do projeto em nível nacional. Depois de anos de atuação, os resultados mostraram que Uganda é hoje um dos poucos países africanos em que a curva de crescimento da doença reverteu, diminuindo a incidência da doença no país.

Um outro lugar de atuação histórica da AVSI é o Brasil. Na Bahia, junto com a Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia (Conder), a AVSI coordena o Projeto de Apoio Técnico e Social do Programa Ribeira Azul, que envolve projetos de urbanização de Novos Alagados e outras áreas precárias com trinta mil famílias atendidas e sessenta milhões de dólares de orçamento (AVSI, 2002). Para esse programa, a AVSI foi destinatária do maior financiamento do Banco Mundial para uma ONG. A metodologia aplicada ao projeto pela AVSI visa seguir os princípios da doutrina social católica descritos anteriormente e procura favorecer, sobretudo, o desenvolvimento da pessoa como tal. O fo-co fundamental é a pessoa como motor de um processo de desenvolvimento. Sem estimular a liberdade da pessoa não é possível nenhum desenvolvimento duradouro. Essa afirmação tem implicações objetivas na forma de gerir os projetos.

Todo o desenvolvimento do projeto parte da avaliação e conhecimento detalhados da comunidade. Um dos principais problemas que temos no Brasil para a construção de políticas públicas eficientes é a falta de conhecimento, de como conhecer a realidade. Que não significa como analisar a realidade, ou como subdividir a realidade para conhecê-la melhor. No Brasil, aliás, são muito avançadas as análises desse tipo, em relação a outros países. Mas trata-se de como conhecê-la na sua totalidade. Portanto, se a pessoa é o ponto de partida para conhecer a realidade em que ela está inserida, esse conhecimento pressupõe compartilhar aquela realidade, o que significa compartilhar com a população atendida os anseios, os desejos, as necessidades que vivem, e o que já conseguiram construir como estratégias de sobrevivência (Solymos, 2002; Novara et al., 2003). Sem isso, é impossível encontrar a pessoa. O gerador de políticas públicas deve então participar do que está acontecendo naquela realidade.

PROJETOS e PROGRAMAS	ABRANGÊNCIA	COMPONENTES	FINANCIADORES	PARCEIROS	SALTO DE ESCALA
Projeto Novos Alagados	<p>Novos Alagados 1a. Etapa (Intervenção pontual)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.697 famílias • US\$ 14 milhões 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoramento urbano e habitacional • Desenvolvimento econômico e social • Experiência piloto de regularização fundiária 	<p>Governo da Bahia</p> <p>PMS</p> <p>MAE</p> <p>Banco Mundial</p> <p>AVSI</p>	<p>SEPLANTEC/ CONDER</p> <p>AVSI</p>	<p>PROJETO PILOTO em SALVADOR</p>
Programa Riberia Azul	<p>Área do Riberia Azul (Poligonal/Macroárea)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 mil famílias • US\$ 68 milhões 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoramento urbano, habitacional e regularização fundiária • Desenvolvimento econômico e social • Criação de capacidade institucional para programas de larga escala 	<p>Governo da Bahia</p> <p>PMS</p> <p>Ministério das Cidades</p> <p>BID/ CAIXA</p> <p>Banco Mundial</p> <p>MAE</p> <p>AVSI</p>	<p>SEDUR/ CONDER/ CAR</p> <p>MAE</p> <p>Banco Mundial</p> <p>Cities Alliance</p> <p>AVSI</p> <p>PMS</p>	<p>LABORATÓRIO DE INTERVENÇÃO INTEGRADA EM MACROÁREA em SALVADOR</p>
Programa Viver Melhor	<p>Estado da Bahia (Macroáreas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 160 mil famílias • US\$ 160 milhões 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoramento urbano, habitacional e regularização fundiária • Desenvolvimento social • Desenvolvimento econômico • Desenvolvimento habitacional • Articulação interinstitucional • Desenvolvimento de cidades 	<p>Governo da Bahia</p> <p>Prefeituras</p> <p>Ministério das Cidades</p> <p>BID/ CAIXA</p> <p>Banco Mundial</p> <p>MAE</p>	<p>SEDUR/ CONDER</p> <p>SECOMP</p> <p>SEPLAN</p> <p>Outras Secret.</p> <p>Estado da Bahia</p> <p>MAE</p> <p>Banco Mundial</p> <p>Cities Alliance</p> <p>AVSI</p> <p>PREFEITURAS</p>	<p>POLÍTICA PÚBLICA DE DESENVOLVIMENTO URBANO INTEGRADO DO ESTADO DA BAHIA</p>

Figura 1 – Salto de escala do Programa Viver Melhor II.

O projeto envolve quatro fases:

1. Avaliação e conhecimento da comunidade.
2. Planejamento da infra-estrutura urbana.
3. Planejamento da intervenção social e ambiental.
4. Ações.

Essa abordagem é mais ampla do que aquela que muitas vezes rege as políticas públicas no Brasil baseadas na distribuição de renda ou na ampliação do acesso aos serviços, *pois considera e identifica os recursos já existentes na comunidade*. As primeiras iniciativas de atuação são então no sentido de mapear esses recursos para, em seguida, reforçá-los e subsidiá-los através de cursos de formação e educação, e reforço dos corpos intermediários. Esse tipo de intervenção parte do oferecimento de recursos para microcrédito, cooperativas e microempresas; busca o reforço dos atores presentes na comunidade, melhoria das moradias ou construção de novas; além de projetos de saneamento e ambientais, entre outros.

No campo da educação e formação, uma iniciativa importante é o reforço escolar para melhoria da qualidade da educação. Essa iniciativa tem um grande impacto na ação pública de promoção do desenvolvimento e combate à pobreza, especialmente aquela estrutural. Nesse sentido, o acesso é muito mais do que garantir um direito genérico de dinheiro e serviços.

Um exemplo da necessidade do conhecimento das estratégias de sobrevivência para o combate à pobreza é a necessidade de se conhecer a real condição de vida da família e dos serviços de educação, saúde e de promoção humana, nos projetos de reurbanização de favelas. Muitas vezes esses projetos se resumem a uma preocupação urbanística, de construção de estruturas e oferecimento de serviços, mas sem ter a preocupação estratégica de procurar conhecer os recursos reais de proteção das famílias, como as fontes de renda e os tipos de atividades profissionais, os limites orçamentários para gastos com transporte, a distância dos locais de trabalho etc. Por isso, um aspecto fundamental do método utilizado pela AVSI nos projetos de urbanização de favelas em Salvador e Belo Horizonte é mapear os domicílios de acordo com suas redes de atuação profissional (tipo de profissão e recursos utilizados para o trabalho e geração de renda), condições de saúde (dependência de unidades hospitalares ou de saúde), unidades escolares utilizadas pelos filhos, laços familiares e de parentesco etc.

Esse mapeamento é utilizado para o desenho e planejamento do novo agrupamento urbano. A desconsideração desses fatores e a pouca participação da população no processo de urbanização e construção das moradias levam a um “não-pertencimento” da população atendida ao novo local e sua alta mobilidade e “venda”. Uma intervenção que vem de “fora” daquela comunidade pode facilmente destruir o “patrimônio” que permite as famílias do local sobreviverem, o que pode provocar o abandono da nova moradia (Novara, 2003). A AVSI, utilizando esse método de conhecimento da realidade global da pessoa atendida, tem observado em Salvador um índice de venda dos domicílios após cinco anos de urbanização de apenas 4%.

Dados de projetos de remanejamento de famílias do Banco Mundial revelam valores significativamente mais altos (25%-30%). As famílias, nesse caso, privilegiaram a casa à soma de dez ou quinze mil reais, o que representa uma soma significativamente alta para essas famílias. Se levarmos em conta que a população atendida vive em palafitas há várias gerações e, portanto, está “acostumada” àquela condição de vida, essa mudança se tornou grande e estável.

Um outro dado interessante tem sido o grande número de projetos e organizações criadas e realizadas pela população que dobrou na segunda fase do projeto, mostrando uma evolução crescente de organização da comunidade atendida.

Esses achados mostraram que o projeto tem gerado um conjunto de bens e de serviços dentro da comunidade que é muito mais do que a presença do esgoto e da própria casa, tornando-se um lugar de “moradia” estável. Para realizar esse trabalho, foi mantido um escritório de campo durante cinco anos que permitiu a realização das quatro fases do projeto; sempre com a preocupação de associar o desenvolvimento urbano ao desenvolvimento social.

O plano de desenvolvimento social tem como fatores: a educação, a família, o trabalho e o apoio aos corpos intermediários, compreendendo que são esses os reais atores do desenvolvimento.

O projeto de urbanização de Novos Alagados em Salvador prevê a retirada das palafitas que foram construídas ao longo de anos sobre o mar, aterramento e a reconstrução de casas com toda a infra-estrutura urbana adequada. Essa infra-estrutura comporta a criação de projetos educativos e o reforço dos corpos intermediários como o Centro de Apoio a Família, creches, reforço escolar, Centro de Saúde, Centro de Qualificação Profissional etc. Criou-se também uma cooperativa de eletricitistas e outra de pedreiros que foram responsáveis pela construção de muitas das casas. A população recebe uma casa-embrião com a possibilidade de ampliá-la por meio das cooperativas. De todos os recursos do projeto, 25% são destinados ao apoio desses corpos intermediários.

Essa consideração sobre a necessidade de um conhecimento global da pessoa atendida leva a uma outra consideração: de que as intervenções devem ser territoriais. Não se pode pensar um programa igual para todo o Brasil que não leve em conta que as realidades territoriais são diferentes. O conhecimento global da pessoa implica o conjunto de recursos já agregados, em associações e corpos intermediários e todos os atores que podem participar do processo, desde o Estado, a iniciativa privada, as universidades. É claro que as diretrizes devem ser comuns, mas é necessário construir parcerias locais que sejam reais.

Assim, uma outra forma de entender a pobreza compreende que a pessoa em situação de pobreza não encontrou condições de colocar em movimento todos os talentos que ele efetivamente tem. Dessa forma, o reforço a esses talentos torna-se estratégia prioritária. Só como critério de comparação, o Habitar-BID, que é a política adotada pelo Ministério das Cidades, aplica cerca de 4% em desenvolvimento social, apenas.

Fotos Cortesia AVSI



Cooperativa de eletricitistas e jovens do Projeto Arvore da Vida, em parceria com a Fiat.

Exemplos da aplicação dos cinco princípios de método descritos anteriormente podem ser encontrados em todos os projetos desenvolvidos pela AVSI no Brasil. A AVSI coopera ainda com uma rede de quarenta instituições privadas que atendem sete mil crianças, com quinhentos funcionários, em Manaus, Macapá, Recife, Salvador, Brasília, Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro. As atividades desenvolvidas são: Centros de Acolhida para crianças em situação de risco físico e social, atendimento a crianças desnutridas, escolas infantis, reforço escolar para crianças e adolescentes de sete a dezesseis anos que frequentam escolas públicas, e centros de apoio à família (Cogo & Capitano, 2004). A AVSI desenvolve cursos para educadores do ensino infantil e de formação para todos os funcionários. Todas essas atividades visam à melhoria da qualidade do atendimento, mediante formação, acompanhamento e aumento da disponibilidade de recursos. Aqui também a estratégia é o fortalecimento sistemático de corpos intermediários, por meio de convênios com universidades e centros de referência no Brasil e exterior, com a realização de vídeo e teleconferências, e com o suporte financeiro de um projeto de apoio a distância. No mundo, esse projeto de apoio a distância conta com uma rede de 25 mil famílias, em sua grande maioria européias, que apóiam o atendimento de 24 mil crianças. No Brasil, essa rede apóia as quarenta instituições e não as famílias diretamente, para que seja possível garantir a continuidade para as iniciativas educativas e para garantir a presença e intervenção de um educador adulto capaz de avaliar a situação e as necessidades de cada criança e de sua família.

Além disso, há também a perspectiva de ajudar as instituições apoiadas a se tornarem referência no bairro onde atuam. Esse suporte à entidade local tem permitido que ela se diversifique e possa servir como ponto de referência, como tem acontecido com várias das instituições brasileiras apoiadas. Uma creche ou escola infantil pode apoiar e promover então cursos de formação profissional para as famílias das crianças atendidas e até iniciativas de microcrédito, pois o melhor agente de microcrédito é o diretor da escola infantil, uma vez que tem relação estável com as famílias. E assim essas instituições são fortalecidas e podem se tornar também centro de referência no bairro. Esse percurso educativo baseado na formação e apoio das redes e instituições existentes nos locais atendidos é feito com cursos de extensão e convênios com universidades. É importante chamar a atenção de que essas iniciativas estão sendo realizadas em quarenta instituições em oito cidades brasileiras, o que pode ser um exemplo para uma política pública nacional.

Um último exemplo apresentado pelo professor Enrico Novara da AVSI foi sobre o projeto realizado em Betim, Minas Gerais, conjuntamente com a Fiat. Discutindo sua atividade de responsabilidade social, a Fiat buscou a AVSI para desenvolver um projeto de intervenção na comunidade local. A pergunta inicial foi: quais são os problemas daquela comunidade? Trata-se então da iniciativa privada que busca uma intervenção de utilidade pública. O projeto se iniciou com o mapeamento das instituições locais existentes, para conhecer o bairro que era muito violento. Identificou-se um pequeno grupo de seiscentos jovens que tinham problemas na escola. Daí partiu-se para iniciativas de reforço escolar e criação de iniciativas complementares à escola. Depois de um ano, 67% desses melhoraram no sentido de diminuir o fator vulnerabilidade na escola, definido por: frequência, relacionamento, aprendizagem, participação/interesse, indisciplina.

Participaram do projeto 27 atores sociais, entre escolas, creches, associações, unidades de saúde, paróquias, conselho tutelar, polícia militar, rádios comunitárias, entre outros. A primeira parte do projeto foi então reduzir a vulnerabilidade das crianças por meio de atividades socioeducativas e acompanhamento da trajetória desses na escola junto com os professores. Um segundo passo representou um salto de escala, pela solicitação para que as instituições locais desenvolvessem projetos, tendo uma proposta clara e direcionada, uma vez que a Fiat se colocou com parceira e subsidiária, para assim ampliar a rede de parcerias. Os projetos visavam à geração de emprego e renda, e a função da AVSI foi a de estabelecer as demandas junto à Fiat para oferecer e orientar a população local para as atividades necessárias ao parceiro. Um exemplo dessa segunda parte do projeto foi a organização de uma rede de costureiras, na qual a AVSI entrou como intermediador.

Segundo exemplo: programa de saúde de Minas Gerais

O segundo exemplo para um entendimento de políticas públicas tendo como base a centralidade da pessoa é um Programa de Gestão da Secretaria de

Estado de Saúde de Minas Gerais. Esse exemplo não é de uma Organização da Sociedade Civil, mas da própria gestão do Estado. Fala o Dr. Marco Antônio Bragança de Matos a partir de uma análise pessoal do que, desde o início de 2003, ele tem acompanhado na Secretaria como membro da equipe de Gestão em Saúde, no Estado de Minas Gerais. Ele afirma ter observado uma grande mudança quanto à concepção de política pública nos últimos anos, existindo vários elementos dentro dos novos programas que, segundo o Dr. Marco Antônio, expressam a questão da centralidade da pessoa. Ele começa citando a Doutrina Social Católica: “A política, enquanto a forma de cultura mais completa, só pode ter como preocupação fundamental o homem” (Giussani, 2001). Colocar o homem no centro quando se trata de política pública pode parecer algo óbvio, uma vez que a política pública visa atender o homem ou o povo na sua necessidade.

Na experiência com planejamento em saúde pública, porém, o Dr. Marco Antônio vê a necessidade de retomar a cada momento, e diante de cada iniciativa, a preocupação de promover o homem como sujeito da própria mudança, de afirmar a liberdade do homem e a sua necessidade em toda a sua amplitude. Afirma, ainda, que é interessante entender que a política, como diz a citação de Giussani, é a forma mais completa de cultura. Pois a cultura é quem dá as rédeas, define a dinâmica, a forma de dar-se conta da realidade, de julgar a realidade e, conseqüentemente, é ela que determina a forma da atuação e do acompanhamento da realidade. É uma determinada cultura, aquela que permite intervenções a partir dessa interação contínua e dinâmica com a realidade (ou não, pois pode querer partir de preconceitos já determinados *a priori*); e isso de novo não é uma coisa óbvia.

Na saúde pública, é muito fácil se encaixar em determinados programas que existem há vários anos e seguir uma lógica já determinada, sem se preocupar com o conhecimento dinâmico que a realidade, sempre em mutação, impõe. Ao contrário, é necessária uma avaliação que pergunte sempre: estamos, como poder público, respondendo às necessidades de cada um dos dezoito milhões de mineiros? Essa é uma pergunta que sempre faço nas reuniões na Secretaria, disse o Dr. Marco Antônio, porque esse é o objetivo último de quem faz política pública. Essa não é uma questão utópica ou demagógica, mas é uma questão concreta, operativa, que exige um método adequado para responder à pessoa que encontramos e que espera nossa atenção e intervenção.

“A política verdadeira é a que defende uma novidade de vida *no presente*, capaz de modificar também a *ordem do poder*” (Giussani, 2001). “Uma novidade de vida no presente”, isso é importante porque não é verdade que os gestores de política pública têm nas mãos a solução de todos os problemas, de maneira planejada e predefinida. Para uma concepção inteligente da política pública, é necessário buscar e encontrar a novidade que vem da própria realidade, que não vem de uma concepção *a priori* daquilo que somos capazes de pensar ou analisar, mas vem antes de tudo do encontro dinâmico com a realidade. Por isso, é

necessário, para quem faz política pública, ter uma postura de abertura para conhecer o que se revela a cada momento.

Isso, por sua vez, define uma *ordem no poder*; ou seja, um poder que existe não por um interesse próprio, mas que existe em razão de um bem do povo, de um bem para o homem. “Desse modo, a política deve optar se favorece a sociedade exclusivamente como instrumento, manipulação de um Estado e do seu poder, ou então, se favorece um Estado que seja verdadeiramente leigo, isto é, a serviço da vida social, conforme o conceito de Tomás de Aquino de *bem comum*” (Giussani, 2001). Conceber e executar uma política pública dessa maneira é uma garantia para o “público” atendido. Só assim a política pública pode realizar o bem do povo. Há hoje uma necessidade premente de tornar esses conceitos, por mais evidente que sejam, operativos o mais possível, dentro da gestão em políticas públicas.

Se deixarmos de lado uma concepção errônea que vê o povo de forma genérica e abstrata, e não como a pessoa que temos diante de nós, verificaremos a necessidade de uma política que esteja preocupada com *uma posição ideal*. É necessário que o homem público, ou aquele que faz política pública dentro do Estado, esteja preocupado, tenha, antes de tudo, uma posição ideal.

Um partido não pode ser partido de um povo se não tiver um ideal que aglutine aquele povo. Um povo é formado por um acontecimento especial ocorrido no tempo, é unido por um ideal que ele almeja (mais conhecido, menos conhecido, mais intuído, menos intuído). Caso contrário, não se tem um povo, mas um rebanho. É esta a maior tentação de quem detém o poder: transformar o povo em rebanho; preservando todas as formas, mas transformando-o em rebanho! Pier Paolo Pasolini usava a palavra homologação. Uma política que não está preocupada com uma posição ideal, mas em “vencer” por intermédio do poder conquistado, é uma política perversa [...] Uma política, portanto, que esteja preocupada com uma posição ideal estabelece uma ordem educativa e abre espaço a um respiro de liberdade maior e, portanto, a uma criatividade. (Giussani, 2001)

Esses conceitos contêm três afirmações importantes para quem faz gestão pública: *uma ordem educativa, um respiro maior de liberdade, uma criatividade*. Quem faz política em saúde precisa dessa *dimensão educativa*; caso contrário, não consegue alcançar os resultados que espera. Podemos citar, por exemplo, a importância fundamental que adquirem os projetos em educação em saúde para promoção e manutenção da saúde da população, ou a educação permanente dos profissionais, diz o Dr. Marco Antônio. É ainda mais importante se compreendemos a educação no seu sentido amplo, como introdução à realidade toda, e não mera transmissão de informações de forma passiva ou unilateral, o que permite um conhecimento da realidade e um trabalho técnico efetivo.

Além disso, *um respiro maior de liberdade* também é necessário. É preciso que exista um espaço dentro dos programas da Secretaria para valorizar as experiências interessantes que se encontra na comunidade. Como exemplo, o Dr. Marco Antônio cita que, dentro de um dos programas prioritários em Minas, o

programa “Viva Vida”, que tem como meta a diminuição da mortalidade infantil e materna, foi criado um Comitê de Defesa da Vida que reúne hoje cerca de quarenta instituições públicas e privadas. Esse comitê congregou sujeitos que têm se tornado cada vez mais ativos e colaboradores. Ali estão presentes atores como o Fundo Cristão ou a Pastoral da Criança que são colaboradores fundamentais pela capilaridade que possuem e pela potencialidade de alcançar as crianças dentro de um relacionamento muito próximo com a população. Esses atores, com o conhecimento da realidade que adquiriram, têm ajudado o governo a elaborar ações interessantes para enfrentar o problema da mortalidade infantil. O governo precisa também ter um espaço dentro do seu programa de política pública que valorize as ações que esses atores já realizam, chegando mesmo a financiar seu crescimento e desenvolvimento.

Da mesma maneira, a questão da *criatividade*, que é uma leitura inteligente da realidade. Não se trata de inventar uma nova solução para os problemas, mas de encontrá-la no relacionamento com as instituições e com a população que é usuária dos serviços, valorizando e aperfeiçoando as tentativas que já são feitas em contexto e com particularidades diversas. Como exemplo, o combate à desnutrição: os fatores de risco mais importantes podem ser diferentes de acordo com a comunidade em questão, e, portanto, a intervenção deve levar em consideração essa diversidade.

Falar do homem dentro da história da saúde pública não é falar de um tema estranho. Lendo a história das reformas sanitárias, encontraremos em 1977 a Organização Mundial da Saúde (OMS) com a meta – “Saúde para *todos* no ano 2000”. Ou então, a declaração de Alma Ata de 1978 que define a Atenção Primária à Saúde como sendo:

os cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados, socialmente aceitáveis e de acesso universal *para todos os indivíduos e suas famílias*, a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação.

Da mesma forma, a Lei n.8.080/1990 art. 2º. diz: “A saúde é um direito fundamental *do ser humano*, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Ou ainda, a Carta de Ljubljana, da OMS, 1996, que afirma a importância da dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; da proteção e promoção da saúde *centrada em pessoas*, permitindo que influam nos serviços de saúde, responsabilizando-se pela própria saúde; e que introduz a questão da qualidade de saúde ligada à qualidade de vida. O tema da centralidade do ser humano está presente, portanto, em todas as regulamentações, leis e documentos que existem na área da saúde pública. A questão, portanto, é colocar esses conceitos na prática da gestão pública. É necessário que esse direito fundamental do ser humano seja de fato um objetivo perseguido dentro do planejamento das ações, das intervenções em saúde pública. Essa tem sido, afirma o Dr. Marco Antônio, a preocupação ideal dentro da Secretaria de Saúde.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais tem dois projetos estruturadores: “Microrregionalização” e “Saúde em Casa”. Dentro do plano diretor, todo o Estado de Minas foi dividido em 75 microrregiões, respeitando os princípios de escala, de escopo, o acesso da população, a rede de serviços e pontos de atenção; de forma que ali seja o foco de todo o investimento e desenvolvimento dos programas de saúde. O segundo programa, “Saúde em Casa”, é um programa de fortalecimento da atenção primária, especialmente o Programa de Saúde da Família, com o objetivo de aumentar a cobertura nos municípios e melhoria da qualidade da saúde da família. Além disso, a Secretaria tem três programas prioritários: “Viva Vida” (visa reduzir a mortalidade infantil e materna), “ProHosp” (visa ao fortalecimento da rede hospitalar) e “Farmácia de Minas” (visa ao incremento da oferta de medicamentos de atenção básica).

Esses projetos não são em si novidade; a novidade está no método de atuação, se centrado ou não na pessoa concreta, dentro da sua realidade e contexto, para que se possam atingir os objetivos propostos. Ou seja, que exista um interesse real e, portanto, que esse interesse se traduza numa forma de ação operativa. Por exemplo, há hoje vários instrumentos de planejamento de acordo com as áreas de atuação, mas a Secretaria está procurando desenvolver um instrumento único que contemple, antes de tudo, as necessidades locais e, a partir dessas, as necessidades de uma rede de assistência de uma microrregião, e assim progressivamente até chegar ao planejamento do estado. Que o ponto de partida para a programação sejam as necessidades locais significa partir das necessidades dos usuários moradores de uma área de abrangência de uma equipe de saúde da família em qualquer um dos 853 municípios de Minas Gerais. Assim, a programação estadual, sendo um conjunto de ações voltadas a atender a cada e toda necessidade, enfatiza a atenção na pessoa. De um sistema fragmentado, torna-se um sistema integrado e organizado em torno de um eixo: a pessoa como centro.

A partir do esforço de busca de instrumentos que levassem em consideração a pessoa na sua necessidade, a Secretaria de Saúde de Minas está desenvolvendo uma parceria de cooperação técnica com a região da Lombardia da Itália. Na primeira etapa dessa parceria, realizou-se um “Curso de especialização em gestão microrregional de sistemas e serviços de saúde”. O interesse da Secretaria por esse curso foi o de melhorar a gestão nas microrregiões, espaço territorial onde os serviços de maior complexidade tecnológica mantêm uma proximidade com o usuário. Em uma segunda etapa, a parceria prevê a realização de pilotos de melhoria de gestão em duas microrregiões, Teófilo Otoni e Juiz de Fora. O curso se desenvolveu em três módulos: institucional, epidemiológico, gerencial. Participaram os gestores da Secretaria, superintendentes, diretores e coordenadores, do nível central e regional. Foi a oportunidade de colocar “todas as cartas na mesa” e avaliar cada atividade da Secretaria, sua utilidade e dificuldade, além de permitir a discussão e implementação de instrumentos novos de gestão. A parceria com a região da Lombardia prevê ainda seminários comparativos para

implementação de uma nova *cultura* de gestão profissional e institucional baseada na mudança:

1. *Da lógica da oferta* (que é uma lógica perversa dentro da saúde pública: disponho de tantas consultas, então, delimito a população a ser atendida) *para o conhecimento das necessidades específicas da população* e da demanda de serviços gerada por essas necessidades.
2. *De um sistema fragmentado de serviços de saúde* (onde o posto de saúde não tem um diálogo com o hospital, que, por sua vez, não dialoga com o laboratório etc.) *para um sistema integrado, onde a atenção primária tem um papel de coordenação de todo o sistema*. Esse sistema integrado de serviços da saúde se torna então um serviço à pessoa pela continuidade da atenção que possibilita e não simplesmente uma série de hospitais, laboratórios e centros de saúde, de uma determinada uma área geográfica, que prestam serviços a quem “bate na porta”. É importante que a atenção primária seja o ponto de coordenação de todo o sistema, pois é quem garante a proximidade e o acompanhamento do usuário, cobrindo todos os ciclos de vida da pessoa/família, desde o nascimento até a velhice, não permitindo que o paciente seja simplesmente encaminhado para uma internação, por exemplo, mas se responsabilizando pelo acompanhamento dele durante e após a internação. A atenção primária tem também um foco sobre a família, que é compreendida não simplesmente como um núcleo sociológico, mas como um sujeito educativo, um sujeito capaz do cuidado em saúde. Permite ainda um enfoque comunitário, através da valorização de todos os recursos existentes na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família. Para enfrentar a desnutrição, por exemplo, a equipe de saúde é muito limitada nas suas possibilidades, mas, se ela se envolve em uma rede de cooperação com os outros atores existentes na área, ela tem possibilidades mais concretas de alcançar o resultado de melhoria do estado nutricional das crianças. Essas reflexões têm norteado a elaboração de manuais e linhas guias na Secretaria e a mudança de uma organização classicamente piramidal para uma organização em rede, tendo no centro a atenção primária à saúde.
3. *Da gestão das condições agudas para a gestão das condições crônicas*. Hoje, 60% da carga de problemas de saúde no SUS dizem respeito a condições crônicas. Uma projeção da OMS diz que em 2020 a demanda por doenças crônicas como diabetes e hipertensão será de 80%. A condição crônica implica um cuidado, uma abordagem mais ampla do que o reduzido “realizar a consulta e receitar remédio” que ainda caracteriza a saúde pública no Brasil.

Para alcançar esses objetivos, uma das atividades da Secretaria tem sido a construção de linhas guias, como a de *Atenção à Saúde da Criança*, na qual se incluíram, além de recomendações para o acolhimento da criança, ações de prevenção e promoção à saúde e abordagem clínica das doenças mais frequentes; uma planilha de programação local que primeiramente indica os passos para conhecimento do público-alvo; no caso da criança, o número de recém-nascidos,

crianças de zero a um ano e até cinco anos moradoras da área de abrangência – e, dentro desse grupo, quais e quantas têm fatores de risco (recém-nascidos prematuros, com baixo peso ou filhos de mães analfabetas), e, em seguida, o conjunto mínimo de atividades para o cuidado daquela criança. Essa abordagem permite o conhecimento e monitorização continuada desse público e faz crescer o vínculo entre os profissionais e a população. Um outro exemplo está no protocolo *Assistência Hospitalar ao Neonato*, que prevê um Plano de Cuidados para o recém-nascido de risco a ser encaminhado, juntamente com o diagnóstico de alta, para a Unidade de Saúde, incluindo orientações como data da primeira consulta de puericultura, particularidades do acompanhamento pelo pediatra, consultas com especialistas ou medicamentos prescritos; ou seja, uma prescrição a médio e longo prazos que permita ao médico de saúde da família acompanhar com precisão aquele recém-nascido.

O conjunto de planilhas de programação para cada doença ou condição possibilita um planejamento local da Unidade Básica de Saúde realista e não genérico, definindo os pontos de atenção necessários para atender os usuários. Esses procedimentos, por sua vez, permitem a definição de um plano de investimentos específico, a definição da programação da atenção farmacêutica, o monitoramento de todas as ações, a educação permanente em saúde e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade em saúde. O fato de a Unidade de Saúde conhecer com maior precisão sua área de abrangência, suas necessidades e problemas, permite uma organização da política pública muito mais eficiente.

Por último, Dr. Marco Antônio retoma as considerações filosóficas do início: “Por que não há grandes criadores hoje? Por que é difícil, por que é mais difícil existirem? Porque falta espaço para o respiro criador. É preciso que a política seja exercida por pessoas que tenham realmente interesse pelo homem” (Giussani, 2001). É preciso que quem faz política pública tenha um interesse verdadeiro, e portanto operativo, pelo homem, que inclua o desenvolvimento de ações concretas em favor do homem.

Nota

1 Os dois textos deste dossiê são uma síntese de exposições apresentadas num debate, realizado nos dias 1º e 3 de agosto de 2005, no Instituto de Estudos Avançados da USP, intitulado “Oficina – Diagnóstico e soluções dos problemas alimentares e nutricionais no Brasil, formando parcerias”. Os demais trabalhos apresentados nesse seminário serão publicados numa próxima edição desta revista. O presente texto foi baseado nas conferências do professor Enrico Novara, diretor executivo no Brasil da Associação Voluntária para o Serviço Internacional (AVSI), e do professor Marco Antônio Bragança de Matos, responsável pela normalização da atenção à saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Referências bibliográficas

- AVSI, CONDER, CITIES ALLIANCE. Plano de Desenvolvimento Social e Ambiental do Programa Ribeira Azul – Projeto de Apoio Técnico e Social na Área do Ribeira Azul (PATS). Salvador: Documento de projeto, 2002.
- COGO, L.; CAPITANIO, G. *Uma companhia que educa*. Belo Horizonte: AVSI, 2004.
- GATTI, M. T.; NOVARA, E. The Real City. Methods and actions implemented by AVSI to upgrade informal urban areas. In: MAFFENINI, W. *Partnership experience against urban poverty*. Milan: Franco Angeli, 2003.
- GIUSSANI, L. *O eu, o poder e as obras*. São Paulo: Cidade Nova, 2001.
- JOÃO PAULO II (papa). *Redemptoris Missio*, n.58-59, 7 de dez., 1990.
- NOVARA, E. et al. *Pobreza e patrimônio – A comunidade do Planalto II*. Belo Horizonte: AVSI, 2003.
- NOVARA E. Promover os talentos para reduzir a pobreza. *Estudos Avançados*, São Paulo, n.48, 2003.
- SOLYMO, G. M. B. *Coleção vencendo a desnutrição: abordagem psicológica*. São Paulo: Salus Paulista, 2002. (*download no site:www.desnutricao.org.br*)

RESUMO – O ÊXITO das políticas públicas depende de diversos fatores. Entre esses, é fundamental o conhecimento da realidade para a definição do conteúdo e da gestão dos programas de utilidade pública. Fundamentar o conhecimento na realidade concreta, ou seja, nas circunstâncias que as pessoas vivem cotidianamente, centrando a atenção na “pessoa” e suas experiências de vida, permite maior eficiência de atuação e nova forma de intervenção, capaz de valorizar os aspectos positivos e as tentativas de resposta às necessidades já construídas pela pessoa e sua comunidade. Fortalecer essas tentativas pode então representar uma decisão importante e inovadora no panorama dos programas públicos.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas públicas, Pessoa, Saúde, Educação, Desenvolvimento urbano.

ABSTRACT – THE SUCCESS of public policies depends on several factors, including the overriding need to understand reality in order to define the content and management of programs for the common good. When knowledge is grounded on actual reality, that is, on the circumstances people must face on a daily basis, and attention is focused on the “individual” and his or her life experiences, efficiency is greatly enhanced and a new form of intervention becomes possible – one that values positive aspects and the attempts to fulfill the needs already established by individuals and their community. Therefore, strengthening such attempts may constitute an important and innovative decision in the public programs environment.

KEYWORDS: Public policies, Person, Health, Education, Urban development.

Ana Lydia Sawaya é professora livre-docente do Departamento de Fisiologia da Universidade Federal de São Paulo e presidente do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren). @ – anafisi@ecb.epm.br

Recebido em 17.1.2006 e aceito em 27.1.2006.

Sistema de informação em gestão social

MARIANGELA BELFIORE WANDERLEY

ESSE SISTEMA tem origem em pesquisa iniciada em 1996 e realizada em parceria entre o IEE/PUC-SP e a Secretaria de Cidadania e Ação Social da Prefeitura Municipal de Santo André, na perspectiva da articulação de programas, projetos e ações no contexto da gestão social municipal. Vivíamos, à época, as primeiras experiências municipais de implementação de programas de transferência de renda, mais conhecidos como programas de renda mínima, que têm como público-alvo famílias vulnerabilizadas.

Daquela primeira experiência até hoje, percorremos uma longa trajetória que nos permitiu aprofundar, testar e aprimorar nosso trabalho, fundamentado em referenciais teórico-metodológicos eleitos pela equipe e validados na intervenção direta na realidade social. Várias outras parcerias foram e estão sendo realizadas, o que nos permite constante avaliação e aprimoramento.

Marcos conceituais do sistema

Partimos de uma longa discussão sobre os conceitos de *pobreza e desigualdades sociais*, e também de *exclusão e inclusão sociais*, dada a centralidade dessas temáticas entendidas como manifestações de uma sociabilidade própria das sociedades capitalistas.

Entendemos que a pobreza e a exclusão social configuram-se como indicadores de um lugar social, de uma condição de classe, expressando relações vigentes na sociedade. São produtos dessas relações, produzindo e reproduzindo a desigualdade, nos planos social, político, econômico, definindo para os pobres um lugar na sociedade. Essa é uma questão social recorrente que perdura desde o período da colonização no continente latino-americano. Trata-se, pois, de um processo de empobrecimento histórico e social, dado por determinantes econômicos, políticos e culturais, que tende a ser reproduzido mediante mecanismos que o reforçam e o expandem.

A globalização financeira, cujas refrações tomam configurações específicas em cada país, está igualmente presente em nosso país, alimentando a generalização das relações mercantis para as várias dimensões da vida social. A relação Estado e sociedade é também atingida, reconfigurando-se e reconfigurando relações sociais. A regressão dos direitos sociais é um resultado desse movimento, que também ecoa nas atuais características das políticas públicas. A pobreza é, pois, produzida e reproduzida no seio dessas relações sociais, e os pobres apresentam-se destituídos de poder, trabalho e informação, para além dos indicadores clássicos de renda.

A mensuração da pobreza, quanto à renda, é elemento indispensável para a elaboração de diagnósticos, mas está longe de esgotar a análise dos fenômenos nela contidos. Seu inerente caráter multidimensional torna indispensável a utilização de uma grade analítica que dê conta das inter-relações existentes.

Considerando-se que a maior parte da população brasileira vive em áreas urbanas e que nossa atuação tem se concentrado em regiões metropolitanas brasileiras, aprofundamos, ainda, nossos estudos sobre a *pobreza urbana* e suas conseqüências.

Na sociedade brasileira, os efeitos da pobreza são amplificados pela enorme distância entre os grupos sociais cravada pelas desigualdades sociais. Relatórios de diferentes organismos internacionais (BID, PNUD, por exemplo) indicam o Brasil como um dos países mais desiguais do planeta.

É nesse contexto que vimos emergir o amplo debate em torno da noção da exclusão/inclusão social. São noções polissêmicas e, portanto, englobando situações diversas e diferenciadas, daí a dificuldade de sua utilização como categorias analíticas. No entanto, apesar da polêmica que suscitam, possibilitam ultrapassar a discussão da carência e da renda precária, do não-atendimento das necessidades básicas, transitando para a reflexão sobre a equidade social, da emancipação e do pertencimento (Lavinias, 2003, p.2). Numa sociedade como a brasileira, em que as desigualdades sociais são imensas, a questão da exclusão/inclusão social se torna referência no debate das políticas públicas.

Quando desenvolvemos a parceria com a Prefeitura do Município de São Paulo (2002-2003), para a gestão do Programa Fortalecendo a Família/Renda Cidadã, entendemos ser fundamental a utilização de instrumentos territorializados de análise da realidade local. A então Secretaria de Assistência Social havia construído o Mapa da Vulnerabilidade Social do Município de São Paulo.¹ A gestão da política de assistência social na cidade de São Paulo “propunha tratar a cidade e seu território como chão da política pública, permitindo perceber o território como mais um instrumento do social” (Koga, 2004, p.56).

Realidade complexa, o território traz elementos que permitem dar à questão social uma perspectiva de totalidade, pois, para além das condições objetivas que oferece, ou não, para os que nele habitam, como redes de serviços públicos, serviços privados, redes comunitárias etc., incorporar a dimensão territorial significa, também, considerar as dimensões subjetivas que decorrem das relações que os sujeitos estabelecem com seu território e que se manifestam em desejos, sonhos, sofrimentos etc. e nas redes de sociabilidade que constroem. O território contém certamente um componente geográfico, físico, concreto. Porém, é também uma construção sócio-histórica cujo significado lhe é atribuído por aqueles que nele vivem.

A vertente territorial permitia dimensionar a perspectiva particular-coletiva das famílias que constituem o público-alvo de programas sociais. Assim, o Sistema de Informação em Gestão Social (SIGS), ao incorporar a dimensão territorial,

passou a gerar análises territorializadas que possibilitam a construção de mapas temáticos, de acordo com o desenho do programa monitorado.

As políticas públicas, portanto, têm necessariamente que considerar as particularidades de cada localidade, de cada território, especialmente em contextos de grandes desigualdades sociais.

A concepção de pobreza sustentada pela equipe e a situação específica das famílias envolvidas em programas sociais levaram-nos a eleger uma outra noção: a de *necessidades humanas*. Chegamos, assim, ao conceito de AUTONOMIA.

Na tentativa de reelaborar a definição tradicional de “necessidades básicas”, tal como veiculada na década de 1970² pelas grandes organizações internacionais engajadas no combate à pobreza, Doyal & Gough (1991) apontam que a universalidade e a objetividade do conceito residem na compreensão de que, se não forem satisfeitas, as carências podem causar sérios danos ao ser humano, comprometendo sua trajetória de vida. Daí caracterizar “necessidades básicas” como todo pré-requisito de cunho universalista indispensável à participação dos indivíduos no desenrolar da sua própria existência.

Para eles, as necessidades básicas – saúde e autonomia – “não são um fim em si mesmas, mas precondições para se alcançar objetivos universais de participação social”. Sem elas, não há como se assegurar uma participação social consequente, em que possam ser processadas escolhas e atingidos objetivos ao longo da vida. Ainda segundo os autores, as políticas sociais, mais do que serem o instrumento adequado para suprir essas necessidades, são um dever moral que deve presidir um sistema de proteção social público e universal.

A *saúde física* é definida como “necessidade básica, porque sem a provisão devida para satisfazê-la os homens estarão impedidos inclusive de viver”; e autonomia básica como “a capacidade do indivíduo de eleger objetivos e crenças, de valorá-los com discernimento e de pô-los em prática sem opressões [...] Ser autônomo, nesse sentido, consiste em possuir capacidade de eleger opções informadas sobre o que se tem que fazer e de como levá-lo a cabo”.

São descritas, também, “quatro precondições societais que estão relacionadas às dimensões da vida humana, para garantir e aperfeiçoar o enfrentamento efetivo das necessidades básicas: produção, reprodução, transmissão cultural e sistemas de autoridade”.

Por fim, os autores preconizam que, apesar de as necessidades básicas serem comuns a todos, são sócio-históricas. Assim, não implicam uniformidade na sua satisfação e devem ser contextualizadas no tempo e no espaço socioeconômico, cultural etc. de cada realidade específica. Indicam, assim, onze variáveis (*satisfiers*) de satisfação das necessidades básicas humanas capazes de “melhorar as condições de vida e de cidadania das pessoas”. Nove características são gerais – aplicam-se a todas as pessoas. Uma característica aplica-se às crianças e outra às mulheres, quais sejam:

1. Alimentação nutritiva e água potável.

2. Habitação adequada: garantia de abrigo suficiente, existência de saneamento, ausência de superlotação residencial.
3. Ambiente de trabalho desprovido de riscos.
4. Ambiente físico saudável.
5. Cuidados de saúde apropriados.
6. Proteção à infância.
7. Relações primárias significativas.
8. Segurança física.
9. Segurança econômica.
10. Educação apropriada.
11. Segurança no planejamento familiar, na gestação e no parto.

É importante ressaltar que as diferentes concepções sobre necessidades humanas têm implicações diretas na eleição de políticas voltadas à satisfação delas. Decorre daí o reconhecimento ou não da existência de necessidades objetivas e universais, e, portanto, da pertinência ou não de políticas públicas.

Amartya Sen (2000)³ veio complementar o arcabouço teórico por nós utilizado com a noção de liberdade como fundamental para o desenvolvimento pleno do homem. Para o autor indiano, superar privação, destituição e opressão é parte central do processo de desenvolvimento. Para tanto, é preciso reconhecer o papel das diferentes formas de liberdades no combate a esses males e a condição de agente dos indivíduos para lidar com as privações. Para Sen, o crescimento econômico “não pode ser considerado um fim em si mesmo. O desenvolvimento tem de estar relacionado, sobretudo, com a melhoria de vida que levamos e das liberdades que desfrutamos” (ibidem, p.29). Dessa forma, a expansão da liberdade é vista, pelo autor, como o principal fim e o principal meio de desenvolvimento: “O desenvolvimento consiste na eliminação de privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas de exercer ponderadamente sua condição de agente”.

Um indivíduo autônomo age livremente de acordo com um plano próprio, de forma análoga a que um governo administra seu território e estabelece suas políticas. No entanto, como destaca Amartya Sen (2000, p.10) o papel de agente dos indivíduos é restrito e limitado pelas oportunidades sociais, políticas e econômicas presentes na sociedade: “É imprescindível o reconhecimento simultâneo da centralidade individual e da força das influências sociais sobre o grau e o alcance da liberdade individual. Para combater os problemas que enfrentamos, temos de considerar a liberdade individual um comprometimento social”.

A visão de Amartya Sen (1992) corrobora a compreensão de que, tão importante quanto ter suas necessidades básicas atendidas, é dispor de condições – meios para funcionar (*functionings*⁴) e um conjunto de habilidades (*capability set*) – que permitam obter a satisfação de tais necessidades. Partindo desse pres-

suposto, Sen contesta a abordagem da insuficiência de renda (consumada na adoção de linhas de pobreza), preferindo a ela a da inadequação, já que o montante ou patamar em questão vai forçosamente variar em razão das características pessoais e de outras circunstâncias tais como o ciclo de vida ou a conjuntura econômica etc. Em vez de se deter sobre o orçamento monetário disponível, Sen valoriza o conjunto de habilidades e capacidades ao alcance de cada indivíduo, conjunto esse que lhe permite escolher livremente o modo de vida de sua preferência. Tal como Gough dá destaque à autonomia, Sen enfatiza a liberdade, um e outro, portanto, distanciando-se de uma abordagem meramente quantitativa do entendimento do que são carências ou déficits:

Um patamar de renda pode revelar-se inadequado não porque se situa abaixo de uma linha de pobreza, fixada com base em parâmetros exógenos, mas porque está abaixo do que é adequado para mobilizar um conjunto específico de habilidades (*capabilities*) compatíveis com as necessidades da uma determinada pessoa. (Sen, 1992, p.111)

Somente um indivíduo autônomo será sujeito nas esferas econômica, psicológica, sociocultural e/ou política, pois é um indivíduo que interroga, reflete e delibera com liberdade e responsabilidade, ou, como diz Castoriadis (1992), “é capaz de uma atividade refletida própria e não de uma atividade que foi pensada por outro sem a sua participação”. Autônomo, segundo Castoriadis (1992, p.139), é aquele que reconhece, nas leis e no poder da sociedade, suas próprias leis e seu próprio poder: “a autonomia surge, como germe, assim que a interrogação explícita e ilimitada se manifesta”.

Por se estar tratando de políticas sociais, entende-se que se deve apontar para a *expansão das capacidades dos indivíduos*, o que fez que a equipe incorporasse a noção de autonomia como conceito-chave para analisar a efetividade de programas sociais na condição de vida das famílias atendidas, enriquecida pelas ponderações sobre liberdade, capacidade de opção e oportunidades.

Dimensões de acompanhamento do sistema

O SIGS foi desenhado para permitir desenvolver as capacidades analíticas e reflexivas dos atores envolvidos. Nesse sentido, o sistema pretende ser uma ferramenta informacional que permita ser alimentada de forma consistente com informações de qualidade – tornando a organização e seus serviços transparentes e abertos a uma construção coletiva, e possibilitando o exercício do controle social.

Para a construção do sistema, adotou-se a concepção de que *indicadores são instrumentos de medição, conjunto de variáveis, medidas indiretas, que possibilitam captar e medir um conceito*. Segundo Januzzi (2001), o indicador social para a pesquisa acadêmica é “o elo [...] entre os modelos explicativos da teoria social e a evidência empírica dos fenômenos sociais observados”, e, para a formulação de políticas públicas, é um instrumento operacional, de monitoramento, avaliação, formulação e reformulação de políticas públicas:

Um Indicador Social é uma medida em geral quantitativa, dotada de um significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas). É um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma. (Januzzi, 2002, p.54)

Busca, assim, decompor o conceito de autonomia, ou processo de autonomia, em sete dimensões analíticas, que, por meio de um conjunto de indicadores, permitam conhecer, medir e analisar os impactos do programa na vida das famílias beneficiárias. Objetiva-se captar em que medida essas famílias passaram por alterações ou não na sua qualidade de vida, após a entrada no programa. As dimensões são as seguintes:

- *Condições de moradia* – que compreendem as condições da unidade habitacional e a qualidade do domicílio da família e as condições básicas de infra-estrutura e qualidade ambiental da moradia.
- *Acesso territorial a serviços sociais* – entendidos no âmbito dos direitos de cidadania, isto é, a presença no território de equipamentos públicos e possibilidade de acesso da população aos serviços básicos: saúde, educação, cultura, lazer, segurança, assistência social. Como saúde e educação são consideradas necessidades básicas e direitos universais, e ao mesmo tempo são requisitos do programa em questão, aparecem como indicadores obrigatórios de acompanhamento. Nesses itens, busca-se capturar o acesso e a frequência às unidades básicas de saúde, a cobertura de vacinação de crianças até cinco anos, o potencial de acesso à creche, educação infantil e ensino fundamental; o aumento na matrícula e frequência escolar; e a diminuição do índice de evasão escolar.
- *Trabalho e renda* – captura mudanças no acesso a programas de qualificação profissional, geração de emprego e renda; nas possibilidades de inserção ou reinserção no mercado de trabalho e na situação de renda familiar. Paralelamente, já que o critério e perfil da população atendida pelo programa é o de baixa renda, opta-se por aferir o acesso a benefícios sociais, contributivos ou não, que complementam a renda familiar e podem contribuir para a satisfação das necessidades básicas da família.
- *Condições de risco pessoal e social* – como a população atendida pelos programas de transferência/complementação de renda está mais exposta a um conjunto de fatores que geram condições e situações de vulnerabilidade social, considera-se importante a observação de alguns fenômenos: violência urbana, violência doméstica, trabalho infantil, presença de crianças e adolescentes em medidas socioeducativas ou liberdade assistida e presença de pessoas com deficiência.
- *Relações de gênero e geracionais* – compreende o conjunto de fatores que definem maior ou menor grau de convivência, comunicação e tolerância entre os membros da família, dadas suas diferenças.

- *Auto-estima* – entendida como o olhar das pessoas a respeito de si mesmas, o reconhecimento de si e a possibilidade de, a partir desse olhar, alterar as suas relações consigo mesmas e com o mundo. Essas alterações podem ser percebidas a partir da apropriação e/ou mudança de atitudes em relação à família, à comunidade, ao grupo e a si próprio.
- *Participação social* – como referência geral, compreende-se participação social como cidadania ativa, conquista da sociedade civil organizada no sentido da construção de espaços públicos democráticos e plurais. Tem-se como pressuposto que o exercício da cidadania nos espaços de sociabilidade dos programas de complementação de renda (grupos socioeducativos) e organização local (bairro/território) possibilita desenvolver a consciência dos direitos, valores, auto-estima, e as capacidades de relacionamento e comunicação, criando ainda a disposição para participar em movimentos sociais ou ações coletivas. O conceito de participação está restrito às diversas formas de relação social estabelecida pelas famílias participantes do programa, nos espaços de discussão do próprio programa (reuniões e atividades socioeducativas), como também na participação nos espaços de sociabilidade e de organização local.

A equipe do Instituto de Estudos Sociais, juntamente com seus parceiros, vem elaborando rico material sobre o Sistema de informação em Gestão Social e sobre o trabalho social com famílias vulnerabilizadas. Metodologias (de monitoramento e avaliação e de trabalho socioeducativo) têm sido construídas, bem como material pedagógico para qualificação de equipes técnicas e atuação junto aos grupos socioeducativos desses.

Notas

- 1 Construído numa parceria entre a Secretaria de Assistência Social do Município de São Paulo e o Centro de Estudos da Metrópole (CEM) do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap), buscou identificar as diferentes condições de carências sociais, por meio da análise da distribuição da estrutura socioeconômica no espaço urbano disponível em: <<http://www.centrodametropole.org.br>>
- 2 Segundo Townsend (1993), “necessidades básicas incluem um requerimento mínimo por família no plano do consumo privado: alimentação adequada, vestuário, bem como alguns móveis e equipamentos para o domicílio. Em segundo lugar, inclui serviços essenciais ofertados para e pela comunidade num sentido amplo, tais como água potável, saneamento, transporte público, saúde, educação e serviços culturais [...] O conceito de necessidades básicas deve se inscrever no contexto do grau de desenvolvimento econômico e social da nação como um todo”.
- 3 Entre outros, consultar: Wanderley (1999 e 2004), Wanderley (2000), Telles (2001), Benevides (1991), Covre (1991), Sawaia (2001).
- 4 E os meios para funcionar tratam do ser e do fazer, ou seja, do que se refere ao que se é, bem como da capacidade de agir, de fazer acontecer.

Referências bibliográficas

- BARTHES, R. *Mythologies*. Paris: Seuil, 1957. (Coll. "Points").
- BENEVIDES, M. V. M. *A cidadania ativa: referendo, plebiscito e iniciativa popular*. São Paulo: Ática, 1991.
- BOURDIEU, P. *La distinction*. Paris: Minuit, 1979.
- BRAGA, V. Cultura alimentar: contribuição da antropologia da alimentação, Piracicaba. *Saúde Revista*, v.6, n.13, p.37-44, 2004. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude13art05.pdf>>.
- BRASIL É O PAIS do arroz com feijão. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 26 de junho 2005.
- CASTORIADIS, C. *O mundo fragmentado*. Trad. Rosa Maria Boaventura. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. v.3: As encruzilhadas do labirinto.
- COVRE, M. L. M. *O que é cidadania?* São Paulo: Brasiliense, 1991.
- DANNER, D. D. et al. Positive emotions in early life and longevity: findings from the Nun Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, v.80, p.804-13, 2001.
- DOYAL, L.; GOUGH, I. *A Theory of Human Need*. New York: The Guilford Press, 1991.
- FRANKL, V. E. *A questão do sentido em psicoterapia*. Campinas: Papirus, 1990.
- FREDRICKSON, B. L.; LEVENSON, R. W. Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, v.12, p.191-220, 1998.
- GIUSSANI, L. *O senso religioso*. São Paulo: Nova Fronteira, 2000.
- GOUGH, I. Global Capital, Human Needs and Social Policies. *Selected Essays*, 2000: 1994-99.
- JANUZZI, M. *Indicadores sociais no Brasil*. Conceitos, fontes de dados e aplicações. Campinas: Alinea, 2001.
- _____. Repensando a prática de uso de indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. In: _____. *Qualidade de vida: observatórios, experiências e metodologias*. São Paulo: Anablume, Fapesp, 2002. p.53-71.
- KOGA, D. Território e políticas públicas. In: WANDERLEY, M. B.; OLIVEIRA, I. M. C. (Org.) *Trabalhando com famílias*. São Paulo: IEE-PUCSP, 2004.
- LAVINAS, L. Rede Urbal: Documento Base URB-AL 10. REDE URBAL 10 Luta Contra a Pobreza Urbana, Documento de Guia. In: *Rede Urbal*. São Paulo: PSP/Sec. Rel. Internacionais, texto, 2003.
- LEEuw, G. *Fenomenologia della religione*. Torino: Paolo Boringhieri, 1960.
- LEVI-STRAUSS, C. *Le triangle culinaire*. Aix en Provence: L'Arc, 1965.
- MACIE, L. M. E.; MENASCHE, R. Alimentação e cultura, identidade e cidadania. O Brasil tem fome de quê? Disponível em: <<http://brazil-brasil.com/index.php?option=content&task=view&id=228>>.
- MARX, K. Manuscritos econômicos e filosóficos. Terceiro manuscrito. In: *Os pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- MATTA, R da. *O que faz o Brasil, Brasil?* Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

- MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.17, n.48, maio-ago. 2003.
- NARAYAN, D. et al. *Can anyone hear us? Voices of the Poor*. New York: Oxford University Press, 2000.
- O ESTADO DE S. PAULO. Na sala de aulas de São Paulo, 25% estão desnutridos e obesos. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo, 22.5.2005.
- PEREIRA, A. P. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. São Paulo: Cortez, 2000.
- PETERSON, C. et al. Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, v.55, p.23-7, 1988.
- SAWAIA, B. Participação social e subjetividade. In: SORRENTINO, M. (Coord.) *Ambientalismo e participação na contemporaneidade*. São Paulo: Educ/Fapesp, 2001.
- SAWAYA, A. L. et al. Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.17, n.48, maio-ago. 2003.
- SEN, A. Poverty and Affluence. In: _____. *Inequality Reexamined*. New York: Russell Sage Foundation, 1992.
- _____. *Desenvolvimento com liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- SOLYDOS, G. M. B. A experiência vivida de mães de desnutridos: um novo enfoque para intervenção em desnutrição infantil. In: SAWAYA, A. L. (Org.) *Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição*. São Paulo: Cortez, 1997.
- _____. *Estudo corte transversal e qualitativo de manifestações psicopatológicas não específicas em Vila Mariana, Município de São Paulo*. São Paulo, 2000. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
- TELLES, V. S. Sociedade Civil e construção de espaços públicos. In: DAGNINO, E. (Org.) *Anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- _____. *Pobreza e cidadania*. São Paulo: USP, Editora 34, 2001.
- TOWNSEND, P. Conceptualising Poverty. In: *The International Analysis of Poverty*. London: Harvester Wheatsheaf, 1993.
- WANDERLEY, L. E. Educação para a cidadania. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n.62, 2000.
- WANDERLEY, M. B. As questões da exclusão social. In: SAWAIA, B. (Org.) *As artimanhas da exclusão – análise e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- WANDERLEY, M. B. et al. (Org.) *Desigualdade e questão social*. 2.ed. revisada e ampliada. São Paulo: Educ, 2004.
- WANDERLEY, M. B. e OLIVEIRA, I. M. C. (Orgs.) *Trabalho com famílias*. Metodologia e monitoramento (v.1) e Textos de apoio (v.2). São Paulo: IEE-PUC-SP, 2004.

RESUMO – NOSSO OBJETIVO neste texto é apresentar a trajetória teórico-metodológica vivida pela equipe de pesquisadores do Instituto de Estudos Especiais (IEE-PUC/SP) na construção do Sistema Informacional de Gestão Social (SIGS) – que permite efetuar a gestão de programas sociais voltados para famílias em situação de vulnerabilidade social.

Demos destaque aos conceitos pilares dessa construção: pobreza/desigualdade social; território; necessidades e vulnerabilidades sociais; autonomização.

PALAVRAS-CHAVE: Pobreza, Autonomia, Liberdade, Gestão social.

ABSTRACT – OUR GOAL in this text is to present the theoretical/methodological path followed by the team of researchers from the Institute of Special Studies (IEE-PUC/SP), who built the Social Management Information System (SIGS) to help manage social programs for socially vulnerable families. Special emphasis is given to the conceptual pillars of their construction: poverty/social inequality; territory; social needs and vulnerabilities; “autonomization”.

KEYWORDS: Poverty and social inequalities, Autonomy, Liberty, Social Management.

Mariangela Belfiore Wanderley é professora associada do Departamento de Metodologia da Faculdade de Serviço Social, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, e diretora do Instituto de Estudos Especiais da PUC-SP.

O conteúdo do artigo é fruto do trabalho coletivo do Núcleo SIGS e pesquisadores do IEE da PUC-SP.

Recebido em 16.1.2006 e aceito em 27.1.2006.

A centralidade da pessoa na intervenção em nutrição e saúde

GISELA MARIA BERNARDES SOLYMOS

A ASSISTÊNCIA em saúde tem vivido um enorme avanço tecnológico nos últimos cinquenta anos, permitindo a cura e revertendo o prognóstico de inúmeras doenças sobre as quais os médicos costumavam desenganar os pacientes. Assim, não obstante as pesquisas seguirem avançando e os desafios nessa área estarem longe de ser resolvidos, a preocupação com a tecnologia parece estar abrindo espaço à preocupação com um outro fator não menos importante para o processo de cura: o chamado fator humano.

Muito se tem falado sobre o problema do atendimento em saúde e da necessidade de oferecer melhores condições de tratamento do paciente. O tema da humanização hospitalar vem sendo debatido há mais de uma década, trazendo mudanças em termos de instalações e até de procedimentos em determinadas áreas. Exemplos disso, entre outros, são as brinquedotecas nos vários hospitais infantis, a atenção ao aprendizado e ao acompanhamento escolar de crianças com nefropatias e dependentes de hemodiálise, ou o método canguru para crianças nascidas a pré-termo.

Um outro lado desse mesmo fator, porém, é o do próprio paciente ou beneficiário da ação de saúde.

O sucesso da intervenção em saúde depende do êxito em suas duas grandes formas de atuação: ações de *assistência*, que genericamente consistem na prestação de serviços a pessoas doentes ou em situação de risco, e ações de *orientação* e educação em nutrição e saúde. As ações de orientação podem ser subseqüentes às de assistência ou ser realizadas como ações educativas em si. Por exemplo, na consulta médica mais elementar, após a realização do diagnóstico do paciente, o médico prescreve-lhe um medicamento, que precisará ser adquirido e ingerido de acordo com as indicações oferecidas. O seguimento de tais orientações implica uma mudança (temporária ou permanente) de comportamento do paciente.

Para o sucesso da intervenção, portanto, é necessário que a orientação seja *clara*, isto é, seja compreendida em sua totalidade e em seu significado pelo paciente, e *efetiva*, ou seja, conduza à realização do comportamento esperado.

Já se sabe que uma orientação efetiva não se dá simplesmente a partir da transmissão de informações ao público-alvo. Estudos têm demonstrado que a dieta é um dos principais aspectos do estilo de vida que influem no risco de

morte de pacientes cardiopatas e oncológicos. Apesar das campanhas de saúde pública nos Estados Unidos para incentivar mudanças saudáveis no comportamento alimentar, o consumo de frutas e verduras permanece abaixo dos níveis recomendados.

Profissionais da área da saúde e afins têm, portanto, se empenhado em aprofundar a compreensão do problema, buscando soluções alternativas – e intersetoriais. Recentemente, na 32ª Reunião do Comitê Permanente de Nutrição da Organização das Nações Unidas, em Brasília, a coordenadora da área de nutrição da Organização Mundial da Saúde comunicou a necessidade de se realizarem campanhas educativas sobre nutrição nas escolas, de modo a lidar com os crescentes problemas nutricionais em jovens e adultos no mundo.

Tais fatos têm apontado para aquilo que todo profissional dessa área já sabe há muito tempo, a partir da experiência prática: o sucesso de sua intervenção depende da adesão do paciente às suas recomendações – *necessita* dela. Mas o que isso significa? Como favorecer essa adesão? Como trabalhar com o fato dramático de que o paciente é livre também para *não* aderir?

O sucesso da intervenção em saúde depende, portanto, do enfrentamento, da compreensão, do lidar com dois aspectos fundamentais desse “fator humano”: a *experiência vivida da pessoa* e a atuação de sua *liberdade* no processo decisório (de adesão).

Experiência vivida

A pessoa responde à realidade a partir da compreensão que tem dela, ou seja, a partir da experiência vivida dentro dessa determinada realidade. A experiência vivida é a vida presente que, segundo o significado que lhe é atribuído, forma uma unidade com a pessoa. Ela é, ao mesmo tempo, *condicionada objetivamente*, ou seja, acontece dentro de certo contexto histórico, localizado temporalmente, e *vivida subjetivamente*, ou seja, está inseparavelmente *associada à interpretação*, ao significado atribuído à situação objetiva (Leeuw, 1960, p.530). Conhecer a experiência vivida de uma pessoa implica conhecer o modo como ela compreende, interpreta, atribui significado, significa os fatos que enfrenta em seu cotidiano.

Assim, uma proposta de intervenção em saúde sempre encontrará uma pessoa que estará elaborando certo tipo de experiência da realidade – positiva ou negativa –, que favorecerá uma posição de abertura ou fechamento a uma nova proposta.

Um estudo qualitativo realizado junto a mães de crianças desnutridas (Sollymos, 1997) caracterizou a estrutura da sua experiência vivida com relação à desnutrição dos filhos, ou seja, foi possível desenhar o modo como elas tendencialmente viviam as condições adversas em que estavam inseridas. Tal estrutura é composta pelas seguintes categorias: solidão, impotência, fatalismo, velamento, ter um ideal (em realização ou não), debilidade (física, psíquica ou cognitiva).

Solidão

Todas as mães sentem-se sozinhas. Elas não têm com quem compartilhar, com quem falar sobre seus problemas, ou não têm alguém que saiba ouvir:

Eu pareço criança, né... É porque... meus filhos é tudo que eu tenho... É tudo, porque eu acho que se não fosse eles... acho que eu não tinha nem casa, né, nem um barraco acho que eu não tinha [...] Eu nem ia querer... o que tem importância é eles... Eles são... eles são meus filhos, são meus amigos... Ah, aperreia, né, a gente bate, tudinho, mas... Eles são meus parentes, são vizinhos meus... eles [...] Às vezes eu não fico, até eu choro dentro de casa porque eu não tenho com quem conversar... só tem as crianças lá pra mim... Eu converso com as grande. Parece que eu tô conversando com uma pessoa adulta [riso]. Fico conversando com ela... [riso]. Parece uma pessoa adulta. (Flávia)

Impotência

As mães deparam continuamente com dificuldades diante das quais pouco ou nada podem fazer. Por exemplo, Luzia não consegue manter sua casa em ordem; Luzineide não consegue ter um acompanhamento ginecológico estável que lhe permita utilizar um método anticoncepcional adequado para si.

A experiência de impotência é agravada por todo o conjunto de circunstâncias adversas e demais experiências negativas que elas já vivem. Perceberem-se impotentes contribui para sua autodesvalorização, ou seja, para que tenham pouca estima por suas vidas e pela das outras pessoas; bem como para uma visão cada vez mais *fatalista* e sem es-

Comida e educação

ANA LYDIA SAWAYA

OS ARTIGOS que se seguem são o resultado de uma oficina sobre problemas de alimentação e nutrição realizada entre os dias 1º e 3 de agosto de 2005, no Instituto de Estudos Avançados (IEA) da USP, sob título geral “Diagnósticos e soluções dos problemas alimentares e nutricionais do Brasil: formando parcerias”.

O objetivo do Grupo de Estudos de Nutrição e Pobreza do IEA-USP – promotor do evento – foi reunir os diferentes atores envolvidos na pesquisa acadêmica e no planejamento e execução de políticas públicas de alimentação e nutrição para a população brasileira.

O conjunto de textos origina-se, em grande parte, da transcrição ou adaptação das palestras ministradas ao longo dos três dias de trabalho da oficina. A decisão da editoria da revista de publicá-los deve-se à riqueza dos debates e ao propósito explícito da oficina de promover um diálogo frutífero entre a universidade e os responsáveis pelos principais programas de alimentação e nutrição do país.

Diálogo

A dinâmica da oficina procurou sempre estimular o intercâmbio de experiências e influir nos rumos dos programas em andamento. No primeiro dia, seus participantes discutiram vários grandes temas e subtemas. No segundo dia, a equipe foi dividida em pequenos grupos de trabalho, e, no terceiro, promoveu-se o debate sobre as conclusões dos grupos. Disso resultou um conjunto de temas a ser aprofundado futuramente pelo Grupo de Estudos em Nutrição e Pobreza e demais atores da área.

A palavra-chave foi *parceria*, a partir de dois critérios básicos: abordagem interdisciplinar e reflexão voltada para sub-

perança de mudar sua situação. A impotência liga-se, em última instância, a uma debilitação da pessoa.

Fatalismo

O fatalismo caracteriza-se por um olhar e uma compreensão das próprias condições que não vislumbram possibilidades de mudança, contribuindo para a manutenção do estado de coisas atual: “As coisas são como são: o que é que eu posso fazer?”. É a postura do “ir levando”.

O fatalismo pode assumir formas variadas:

- ser expresso verbalmente: “gostaria que fosse diferente, mas é impossível”;
- ou ser vivido concretamente, nas formas de passividade, apatia e submissão em casos de situação de violência contra a pessoa ou alguém da família.

O fatalismo encontra-se intimamente associado à impotência, sendo confirmado por ela e, ao mesmo tempo, reforçando-a, numa relação de mútua catalisação.

Velamento

O velamento traduz um fenômeno sutil de conhecimento/desconhecimento da realidade, como se a pessoa observasse a realidade através de um véu, obtendo uma visão parcial ou embaçada dos fatos. Trata-se, portanto, de uma percepção parcial da realidade. Ele pode ser fruto tanto de uma reação de auto-proteção da mãe diante das circunstâncias adversas em que se vê inserida como de uma incapacidade ou limitação pessoal para percebê-la de modo diverso, seja pelas limitações cognitivas seja pelos padrões socioculturais de enfrentamento da realidade.

Nos casos de desnutrição infantil, é muito comum que as mães não reconheçam sua responsabilidade – mesmo quando se sentem culpadas – pela desnutrição dos filhos; elas tendem, ao contrário, a responsabilizar o ambiente e até características das próprias crianças. Algumas das explicações levantadas por elas são: “não querem comer”, “não pedem comida”, “só comem quando dá na mão, né?”, “não se deram com o clima daqui”.

Flávia, mãe de oito filhos, explicava a desnutrição de dois deles pelo fato de a família ter se mudado do Norte para São Paulo:

O pessoal diz é que eles não se deram com o clima daqui, né? Porque diz que quando uma criança não se dá, não é obrigado a adoecer não. Diz que fica assim. Porque também tem dois meninos lá da minha vizinha que esmagrearam depois que chegou aqui também. Tá bem magrinho. E eles vieram de lá, é tudo família da gente mesmo. Tudo magrinho, também, os meninos... Eles acostumam com o clima de lá, e aqui não dá pra acostumar.

Tais observações têm fundamentos, porém não consideram a participação da mãe no processo, não explicitam como ela lida com esses problemas, pois, para ela, a solução está fora de seu alcance.

Ter um ideal

Ter um ideal refere-se à experiência de desejar alcançar uma meta e de efetivamente poder buscá-la. A mãe que desejava muito que seus filhos pudessem estudar – e que de fato estava tendo sucesso nisso – lançava-se proativamente no enfrentamento de outros problemas, como o do acesso à saúde. Entretanto, não poder realizar seu ideal desanima e debilita a mãe, fazendo que, aos poucos, ela desista de buscá-lo, de investir suas energias nisso, e também nas demais coisas, como a alimentação de sua família.

Assim, *ter um ideal* manifesta-se como fator de risco para desnutrição enquanto se configura, dentro das condições precárias de vida dessas mulheres, como uma experiência de fracasso, debilitando-as ainda mais. Caso contrário, torna-se um fator de auxílio no enfrentamento dos problemas.

Debilidade

Todas as mães referem-se à vivência de algum tipo de debilidade, seja ela física, psíquica ou cognitiva. Luzineide estava magra e anêmica, Luzia dizia ficar “nervosa” com frequência, sentir muitas dores e já estar “perdendo suas forcinha”. Flávia considerava-se incapaz de compreender seu contracheque ou de aprender a ler e escrever.

Diante da problemática da desnutrição, portanto, confrontando-se com ela, as mães remetem-se a uma estrutura experiencial que influencia o modo como percebem e respondem à realidade, tendendo a viver todos os novos acontecimentos a partir dessa perspectiva.

Para que uma intervenção junto a essa população tenha sucesso, é preciso

subsidiar as políticas públicas. Buscou-se o diálogo em vários planos: público-privado, público-público e entre instituições governamentais e universidades.

Os temas abordados foram aqueles considerados os mais urgentes na agenda dos problemas nutricionais que o Brasil enfrenta hoje. Tais problemas são caracterizados pela má nutrição e insegurança alimentar na infância, levando à baixa estatura e ao aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis em adultos, especialmente nas populações mais pobres.

Propostas

Dos debates surgiu um conjunto de diagnósticos e propostas endereçados, a título de sugestão, aos técnicos e dirigentes dos programas específicos de alimentação e nutrição, em várias frentes. As propostas, em ordem de prioridade, definidas pelos participantes da oficina, foram as seguintes:

1 – Agregar Educação e Saúde, por meio do desenvolvimento de programas de educação nutricional em pré-escolas, escolas de ensino fundamental e médio. Promover a capacitação profissional e a educação nutricional dos profissionais de nível técnico e superior, especialmente na área de Saúde, e dos agentes comunitários, levando-se em conta os hábitos alimentares e os alimentos disponíveis em cada região do território nacional. Desafiar os estudantes de graduação e pós-graduação a encontrar, dentro de suas áreas de atuação, caminhos para enfrentar a problemática alimentar e nutricional do país, procurando explorar o potencial do pensamento transdisciplinar. Divulgar e viabilizar mecanismos para difusão de experiências de êxito na área de educação nutricional, além de desenvolver estratégias de comunicação como instrumento para educação nutricional na mídia, voltadas para públicos específicos. Valorizar projetos de educação em nutrição e saúde em rádios comunitárias.

que as pessoas façam outras *experiências* que se contraponham àquelas que até o momento vêm tendo. É necessário que elas não se percebam mais sozinhas, que possam ser fortalecidas em suas vivências positivas, que vivam circunstâncias que lhes permitam “desconfirmar” suas experiências negativas, para que possam ter outra visão da realidade e sejam capazes de enfrentá-la de outro modo. Assim, a intervenção será facilitada quando se der *numa dimensão experiencial*, ou seja, quando aquilo que se quiser realizar, passar pela experiência, quando puder ser *experimentado, vivido* pela pessoa. Isso implica tanto uma mudança de olhar sobre a realidade quanto o acesso a recursos.

Liberdade incondicional

Apesar de exercerem uma grande influência sobre a experiência de vida da pessoa, as condições externas não a determinam completamente.

Viktor Frankl, médico vienense e fundador da logoterapia (a terapia pela busca de significado), descobriu, nos três anos em que foi refém dos campos de concentração nazistas, que a sobrevivência ou não de um prisioneiro não dependia das condições externas, em si mesmas muito precárias, mas do modo com o qual esse vivia tais condições, do significado que dava à própria vida dentro daquela situação. Numa conferência proferida em Viena, em 1946, pouco tempo depois de ser libertado, Frankl (1990, p.101) afirmou:

quero limitar-me ao fundamentalmente importante, ou seja, à constatação [...] que fiz a partir dos mesmos dados de observação, a saber: que o homem no campo de concentração não está de forma alguma sob coação exterior [...] mas que ele ao contrário conserva uma liberdade, a liberdade humana de posicionar-se desta ou daquela forma face ao seu destino, ao seu ambiente. E havia homens no campo que, por exemplo, superavam sua apatia e podiam reprimir sua irritação; tratava-se também de apelar para este poder, de mostrar este poder-fazer-de-outra-forma – e não apenas o suposto tem-que-ser- assim! O poder interior, a verdadeira liberdade humana – não se podia subtraí-la do prisioneiro, ainda que lá se podia tirar tudo dele; ela permanecia com ele, ela permanecia também até mesmo quando seus óculos, que se desejaria que ficassem com ele, tivessem sido destruídos com um murro no rosto, e também mesmo quando ele um dia precisasse trocar seu cinto por um pedaço de pão, de tal forma que finalmente nada mais restasse de seus haveres – aquela liberdade permanecia com ele, e permanecia até o último suspiro!

Como testemunhou Frankl, essa liberdade mantém-se sob quaisquer circunstâncias e/ou condições adversas, inclusive em uma situação de doença física ou psíquica grave.

Em um estudo feito em São Paulo com indivíduos da comunidade que apresentavam manifestações psicopatológicas não-específicas, foram entrevistadas pessoas com transtornos psiquiátricos importantes que preservavam a capacidade de decidir sobre como enfrentar ou se posicionar diante da doença. Por exemplo, um homem casado, de 53 anos de idade, afirmava que seu “problema de nervos” o fazia perder o controle, mas que ele não podia se descontrolar mais do que a sua doença exigia, caso contrário perderia completamente o afeto da

família. Outro entrevistado, com diagnóstico de esquizofrenia, perguntava a si mesmo se a situação que vivia, incluindo a doença, não era um pouco de “malandragem” de sua parte (Solymos, 2000, p.112).

**Pessoa:
desejo infinito de felicidade**

Qual é o dinamismo de uso da liberdade? Por que o homem luta tanto por ela e se indigna quando ela não é garantida em certas ocasiões? Porque a liberdade humana é a capacidade que uma pessoa tem de aderir a algo que contribua para sua realização, é a possibilidade de se mover em direção a essa realização, a uma plenitude de vida. A liberdade introduz, portanto, a categoria que define todo o mover humano.

Luigi Giussani (2000, p.24) afirma que o homem é um ser constituído por um “conjunto de exigências e evidências originais, tão originais, que tudo o que faz depende delas”. A elas podem ser dados vários nomes: exigência de felicidade, exigência de amor (de amar e de ser amado), exigência de conhecer a verdade das coisas (por isso, cada pessoa deseja ser verdadeira e deseja que as pessoas sejam verdadeiras com ela), exigência de justiça (de ser tratado com justiça e de ser justo com as outras pessoas). Essas exigências “são como uma centelha que põe em ação o motor humano; antes delas não ocorre nenhum movimento, nenhuma dinâmica humana” (ibidem, p.24); tudo o que o homem faz tem como ponto de partida e de chegada tais exigências.

Reconhecer o outro como um conjunto de exigências implica que, diante de qualquer pessoa que procure

2 – Desenvolver pesquisa para consolidar e agregar as informações sobre saúde e nutrição já disponíveis no Brasil, tais como os dados do IBGE, indicadores sociodemográficos e socioeconômicos etc. Desenvolver instrumentos de monitoração da situação nutricional e alimentar no Brasil, especialmente a população de baixa renda.

3 – Multiplicar encontros e organização de eventos entre universidades, ministérios, ONG e empresas para tratar de programas de alimentação saudável no Brasil.

4 – Criar centros de referência em educação nutricional e promoção de alimentação saudável, com atenção especial para crianças desnutridas.

5 – Desenvolver ações regionalizadas de promoção de educação nutricional e alimentação saudável.

6 – Desenvolver ações técnicas, no plano estatal (dentro da estrutura do governo) e privado (a partir de organizações da sociedade civil e universidades), que promovam o controle social das políticas públicas e dos gastos na área social.

Educação nutricional

Um dos destaques da oficina foi a importância da promoção da educação nutricional e o desenvolvimento de estratégias para que as informações cheguem à população e essa possa desenvolver hábitos mais saudáveis. Tais estratégias devem contemplar tanto a função social do alimento quanto as informações sobre nutrientes.

Houve também grande interesse de se aprofundar o conhecimento de metodologias nos campos de psicologia, sociologia e antropologia para educação nutricional e mudanças de comportamento, áreas em que os profissionais de saúde são pouco versados.

Ainda quanto à educação nutricional, sugeriu-se a organização de seminários com especialistas em comunicação, voltados para as estratégias de divulgação de informações e a produção de instrumentos técnicos

de mídia. O seminário também mostraria exemplos de experiências de sucesso.

Destacou-se que a comunicação pode ensejar mudanças comportamentais em curto prazo, e duradouras. Entendeu-se, ainda, que educação implica conscientização, ou seja, criação de indivíduos autônomos, críticos, capazes de problematizar situações e tomar decisões. Sugeriram-se o resgate do pensamento do educador Paulo Freire e sua aplicação à educação nutricional. Os participantes da oficina consideraram a escola como promotora da saúde, cabendo-lhe integrar a saúde e a educação.

Alimentação saudável

Verificou-se também a importância de se realizar um fórum para mapeamento e conhecimento das muitas iniciativas desenvolvidas pelo governo e pela sociedade civil, sobretudo quanto à promoção da alimentação saudável. Destacou-se a importância do diálogo e das parcerias entre os vários atores na área, evitando-se a superposição de iniciativas e o desperdício de recursos públicos com medidas paliativas. Ressaltou-se a importância de a universidade assegurar as condições para exercer seu papel de produtora de conhecimento científico de alta qualidade na área.

Outra iniciativa sugerida foi a criação de um prêmio para a divulgação de experiências de sucesso.

Foco na criança

Enfatizou-se que o objetivo maior é a criança desnutrida. As ações devem se voltar para o combate da má alimentação nos primeiros anos de vida, o que levará a melhoria da saúde a todo o ciclo de vida do indivíduo. Os participantes entendem que tais ações são muito mais eficazes e duradouras se realizadas nessa faixa etária. Sugeriu-se que todos deveriam colaborar para essa meta. A educação nutricional deve ser considerada um item fundamental para o desenvolvimento do Brasil.

Centros de referência

Destacou-se a necessidade de criação

de centros de referência em alimentação e nutrição, como forma de integração e difusão de conhecimentos, e também como instrumento de ações práticas no tratamento da desnutrição. O objetivo da oficina foi promover pesquisas e ações que contribuam para erradicar a desnutrição no Brasil. Daí constar sua defesa de medidas governamentais para institucionalizar o tratamento específico de crianças desnutridas em regime de hospital-dia.

ABSTRACT – THE ARTICLES in this review issue have their origins from the workshop “Diagnosis and Solution of Brazilian Alimentary and Nutritional Problems: Building Partnerships”, promoted by IEA-Nutrition and Poverty Study Group, in August 2005. The researchers have adopted a multi-disciplinary point of view about that theme and stimulated the dialog between university and decision makers in public policies. They released a set of suggestion, including: integrated initiatives in education and health, communications strategies focused on healthy nourishment and prevention treatment for children suffering malnutrition, and the building of reference centers in alimentary and nutrition issues.

KEYWORDS: Diagnosis, Alimentary problems, Partnerships, Multi-disciplinary point of view, Integration, Healthy nourishment, Focus on children, Reference Centers.

Ana Lydia Sawaya é fisiologista, professora associada do Departamento de Fisiologia da Unifesp, presidente do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN), coordenadora do Grupo de Estudos de Nutrição e Pobreza do Instituto de Estudos Avançados da USP, membro da força-tarefa Diet, Nutrition and Long Term Health/IUNS (International Union of Nutritional Sciences).
@ – anafisi@ecb.epm.br

sua ajuda, o profissional deve se perguntar: O que essa pessoa está buscando? Como ela imagina encontrar sua felicidade? Como uma atitude sua está (ou não) respondendo àquelas exigências originais?

O desejo da pessoa exige uma resposta total – que esgote todas as possibilidades e que dure para sempre –, caracterizando-se por adjetivos e advérbios como: Qual é o sentido último da vida? No fundo, no fundo, de que é feita a realidade? Por que vale verdadeiramente a pena que eu exista, que a realidade exista?

Esse desejo é infinito. É importante saber que nenhum trabalho social poderá responder completamente ao desejo da pessoa que está sendo atendida. A intervenção será pretensiosa se for proposta como uma resposta absoluta às necessidades da pessoa: toda necessidade é, de algum modo, sinal de uma necessidade maior. Isso implica uma abertura permanente do serviço para rever e modificar a atuação e as propostas de intervenção, de acordo com as novas necessidades que forem sendo colocadas no relacionamento com o beneficiário.

A efetividade de uma orientação em nutrição e saúde dependerá da atenção e da abertura do profissional para compreender e trabalhar a partir da experiência vivida de seu cliente, ajudando-o a ver como tal intervenção responde às exigências originais que ele traz, ou seja, ao seu coração.

A felicidade e a saúde

A atenção para a felicidade do paciente, ou, como a literatura mais recente tem denominado, para seu afeto ou suas emoções positivas, é um aspecto importante não somente para o sucesso da intervenção educativa, mas também para a própria condição de saúde.



Foto Flávio Florido/Folha Imagem - 4/5/2000

O menino Jonathan brinca com latinha no acampamento do MST, em Itaberaí (GO).

Foto: Antônio Gaudério/Folha Imagem - 9/3/2001



Anésia Maia de Araújo com as crianças da creche que ajuda a manter em Queimados (RJ).

Trabalhos dos últimos quinze anos têm apontado uma forte associação das emoções positivas ou negativas de uma pessoa com seu estado de saúde físico e mental, bem como com sua longevidade. Por exemplo, em um estudo longitudinal, Peterson et al. (1988) encontraram que as explicações com as quais homens jovens de Harvard significavam/compreendiam eventos ruins em suas vidas permitiam prever seu estado de saúde décadas depois.

Tais estudos parecem estar baseados no pressuposto de que construtos de fundo emocional expressam os diferentes modos com os quais uma pessoa lida com eventos negativos e estressantes, os quais influem na fisiologia do organismo a ponto de serem danosos ou benéficos para a saúde (Danner et al., 2001). Alguns estudos têm demonstrado o potencial efeito de afetos positivos nas respostas

corporais à emoção negativa (Fredrickson & Levenson, 1998). Essa propriedade curativa das emoções positivas pode ter o potencial de reduzir o estresse no sistema cardiovascular, mesmo em face de inevitáveis eventos de vida negativos. Em outras palavras, segundo Danner et al. (2001), construtos tais como otimismo e atitude positiva podem implicar a seguinte seqüência: eventos que provoquem emoções negativas são enfrentados com a confiança de que o futuro guarda algo positivo e melhor, gerando, assim, internamente, um estado emocional positivo que modificaria os efeitos adversos da vivência prolongada de emoções negativas.

Conclusão

Para que uma intervenção em nutrição e saúde alcance o sucesso desejado, é necessário que sua estratégia considere o significado e a importância que tal intervenção tem para a vida – e para a felicidade! – das pessoas envolvidas. É preciso considerar as condições adversas vividas por essas pessoas e o modo como incidem sobre a experiência que elas fazem da própria realidade, ajudando-as a reconhecer e a viver experiências positivas. A co-responsabilidade da intervenção é alcançada por meio do livre envolvimento dos participantes do processo (profissionais e público-alvo). Será a consideração operativa desses fatores que permitirá que a atuação seja efetiva e duradoura.

Referências bibliográficas

- DANNER, D. D. et al. Positive emotions in early life and longevity: findings from the Nun Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, v.80, p.804-13, 2001.
- FRANKL, V. E. *A questão do sentido em psicoterapia*. Campinas: Papirus, 1990.
- FREDRICKSON, B. L.; LEVENSON, R. W. Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, v.12, p.191-220, 1998.
- GIUSSANI, L. *O senso religioso*. São Paulo: Nova Fronteira, 2000.
- LEEUEW, G. *Fenomenologia della religione*. Torino: Paolo Boringhieri, 1960.
- NARAYAN, D. et al. *Can anyone hear us?: Voices of the poor*. World Bank. New York: Oxford University Press, 2000.
- PETERSON, C. et al. Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, v.55, p.23-7, 1988.
- SOLYMOS, G. M. B. A experiência vivida de mães de desnutridos: um novo enfoque para intervenção em desnutrição infantil. In: SAWAYA, A. L. (Org.) *Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição*. São Paulo: Cortez, 1997.
- _____. *Estudo corte transversal e qualitativo de manifestações psicopatológicas não específicas em Vila Mariana, Município de São Paulo*. São Paulo, 2000. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

RESUMO – A ASSISTÊNCIA em saúde tem vivido um enorme avanço tecnológico nos últimos cinquenta anos; não obstante, a preocupação com o fator humano tem merecido espaço cada vez maior nas pesquisas e intervenções dessa área. Para lidar com o homem, porém, é preciso considerar dois fatores: a *experiência vivida da pessoa* e a atuação de sua *liberdade* no processo decisório. Em condições extremas de pobreza, como é o caso da desnutrição, a pessoa pode fazer experiências de solidão, impotência, fatalismo, velamento, não-realização de um ideal e debilidade física e psíquica. Uma intervenção em saúde junto a essa população deve considerar tais condições. Deve, ao mesmo tempo, afirmar a liberdade incondicional de cada pessoa e o fato de ela se mover por um desejo infinito de felicidade. Pesquisas recentes demonstram que a felicidade tem influência direta sobre a saúde física. Portanto, para que uma intervenção em nutrição e saúde tenha êxito, é necessário considerar que significado ela terá para a vida – e para a felicidade – das pessoas envolvidas. A consideração operativa desses fatores contribuirá para que a atuação seja efetiva e duradoura.

PALAVRAS-CHAVE: Desnutrição, Pobreza, Pessoa, Experiência vivida, Intervenção em saúde.

ABSTRACT – HEALTH care institutions have experienced a great technological advance, last 50 years. The Human Factor space has been increased in the research centers and in the public policies in this area. Managing peoples demands two important factors: lived experience and the people's freedom in the choice processes. Under extreme poverty and malnutrition condition, peoples can experience feelings of solitude, impotence, fatalism, the failure of their ideals, physical and psychological weakness, and others. Health policies have to consider these conditions and, at same time, affirm the desire of liberty and happiness in all the people. Recent scientific researches have been showed the straight link between happiness and physical health. So, successful health policies should to consider their own meaning to the life and happiness of the peoples.

KEYWORDS: Malnutrition, Poverty, People, Lived experience, Health policies.

Gisela Maria Bernardes Solymos é mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano e doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica. É membro do Instituto de Estudos Avançados da USP e diretora de projetos do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN). @ – solymos@ecb.epm.br

Recebido em 15.5.2006 e aceito em 16.6.2006.

Desnutrição e baixo rendimento escolar: contribuições críticas

SANDRA MARIA SAWAYA

OBJETIVO DESTE artigo é trazer algumas contribuições da psicologia às reflexões sobre desnutrição e baixo rendimento escolar, a partir da análise de certas afirmações acerca das causas e conseqüências da desnutrição para o desenvolvimento infantil e a escolarização das crianças de classes populares. Inicialmente, analisaremos as suposições de que o baixo rendimento escolar de um enorme contingente de crianças matriculadas em escolas de todo Brasil teria na desnutrição atual ou pregressa uma das suas explicações e de que a merenda escolar solucionaria o problema. Em seguida, apresentaremos alguns dos principais argumentos críticos às metodologias de investigação e análise comumente empregadas. Os resultados dessas investigações levam à conclusão questionável de que todas as crianças vítimas de desnutrição sofrem de deficiências físicas e mentais que as impediriam de aprender. Além do mais, pesquisas revelam que as próprias ações de combate aos problemas escolares baseiam-se na suposição de deficiência cognitiva e lingüística das crianças pobres. Apontaremos ainda a necessidade de revisar esses pressupostos, para que os programas de combate à desnutrição e ao fracasso escolar sejam efetivos. Finalmente, apresentaremos propostas de revisão das concepções e das ações que, em vez de solucioná-los, contribuem para o agravamento dos problemas escolares.

Muito se tem afirmado que a desnutrição – um dos mais graves problemas sociais do Brasil – é também um dos grandes responsáveis pelo baixo rendimento escolar. Publicações já apontavam na década de 1990 (cf. Ribeiro, 1991, 1993) que cerca de 50% das crianças matriculadas nas primeiras séries do primeiro grau eram reprovadas em todo o Brasil.

A origem dessas idéias remonta a uma tradição de estudos em ciências humanas dos anos 1960, período em que as camadas populares passam a ter maior acesso às escolas públicas. Os estudos dessa época procuram mostrar que o baixo rendimento escolar das crianças de camadas populares decorria de deficiências em seu desenvolvimento biopsicossocial.

Conhecidas nos meios educacionais como teorias da privação cultural ou da carência cultural, essas teorias buscam as razões do baixo rendimento escolar nas próprias crianças e nas suas precárias condições de vida e de alimentação.

Afirmam que as crianças de classes populares fracassam na escola porque são portadoras de déficit cognitivo, atraso de desenvolvimento motor, perceptivo e emocional e deficiências na linguagem. As deficiências apontadas seriam as causas do baixo desempenho dessas crianças nas aprendizagens escolares, nos testes de inteligência e também da ausência de comportamentos esperados pela escola (disciplina, concentração, motivação para a aprendizagem etc.).

As causas da desnutrição e suas conseqüências para o desenvolvimento das crianças podem ser analisadas segundo duas perspectivas distintas. A primeira analisa a criança desnutrida, sua estrutura familiar e suas condições de vida mediante aplicação de entrevistas fechadas, testes e instrumentais padronizados de acordo com uma escala de desenvolvimento esperado em cada faixa etária. Os mais conhecidos são as anamneses, os testes psicodiagnósticos que avaliam desenvolvimento intelectual, emocional, aprendizagem escolar e capacidades lingüísticas. Os indivíduos são analisados “em si”, considerando-se assim que a desnutrição é um problema individual, passível de ser investigado fora de um contexto mais amplo, isto é, isolado das condições sociais, econômicas e políticas de sua produção.

Outra maneira de conhecer as causas da desnutrição e suas conseqüências para uma considerável parcela das crianças pobres brasileiras é procurar compreendê-las como decorrência das concepções e das ações que se estabelecem entre os diferentes grupos sociais e as instituições a partir das relações sociais, econômicas e políticas que estruturam a sociedade brasileira. Essa será a perspectiva adotada neste artigo.

Breve quadro da situação alimentar brasileira

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD de 2001, 74,6% da população economicamente ativa recebe até três salários mínimos; desses, 35,7% recebem até um salário mínimo e 24,1% recebem valor inferior a um salário mínimo.

Se consideramos o poder de compra de um salário mínimo (SM) em relação à cesta básica, percebemos que os assalariados não possuem condições de comprá-la com o que recebem. O custo da cesta básica em 1996 oscilava em torno de 100% do salário mínimo; em 2002, o salário mínimo correspondia a 77% do valor da cesta, conforme o Dieese. Segundo os dados da PNAD de 2001, verifica-se que, no Nordeste, os trabalhadores que recebem um valor equivalente ou inferior a um salário mínimo representam 41% da força de trabalho ocupada. Ou seja, quase metade da população dessa região não tem condições de comprar uma cesta básica, pois o SM permite pagar apenas uma parte dos alimentos que a compõem.

Além disso, Moyses & Collares (1997), ao analisarem os itens da cesta básica idealizada para servir de referência ao cálculo do salário mínimo, revelam que sua composição é insuficiente para alimentar a família idealizada (um casal e dois filhos) como base para o cálculo. A cesta básica idealizada pela lei é com-

posta de: 6 kg de carne; 4,5 kg de feijão; 3 kg de arroz; 7,5 l de leite; 1,5 kg de farinha de trigo; 6 kg de batata; 9 kg de tomate; 6 kg de pão; 600 g de café; 3 kg de açúcar; 750 g de óleo; 750 g de manteiga e 7,5 dúzias de banana. Dividindo essa cesta pelas quatro pessoas, em relação aos alimentos de maior valor calórico, temos: 50 g de carne por pessoa por dia; dois copos de leite e três bananas por pessoa por dia (ibidem, p.230).

Em síntese, uma cesta básica insuficiente é praticamente inacessível a uma considerável parcela dos trabalhadores brasileiros. Por esse motivo, as afirmações que apontam hábitos alimentares incorretos, inexistência de padrões alimentares, descuido da mãe ou descaso na alimentação das crianças como as causas da desnutrição no Brasil carecem de revisão. Em outras palavras, a desnutrição é produzida por um quadro de exclusão social que inviabiliza o acesso de uma considerável parcela da população à alimentação adequada.

Outro conjunto de explicações que se tornou objeto de questionamento científico envolve, por um lado, a confusão entre dois conceitos distintos – fome e desnutrição são tomados como sinônimos –, e, por outro, a afirmação de que a desnutrição atinge toda a população pobre brasileira.

Confusão entre fome e desnutrição

A confusão conceitual entre desnutrição e fome está presente nas afirmações de educadores e profissionais de saúde e mesmo nas políticas públicas (cf. Moyses & Collares, 1997). Afirma-se que toda criança pobre passa fome e/ou é desnutrida, quando se trata de justificar seus problemas de aprendizagem na escola. Acredita-se ainda na possibilidade de que a merenda escolar erradique os problemas.

A confusão não se restringe a um equívoco conceitual; ela também encobre o fato de que as crianças com desnutrição atual ou pregressa freqüentam a escola em número reduzido. Estudos (Moyes & Lima, 1982) já registravam na década de 1980 que apenas de 10% a 15% das crianças matriculadas nas escolas públicas eram vítimas de desnutrição atual ou pregressa. Essas crianças eram, no entanto, vítimas de desnutrição moderada ou leve, ou seja, não eram aquelas nas quais a desnutrição grave teria deixado seqüelas irreversíveis no sistema nervoso central – essas em geral não sobrevivem.

Moyes & Collares (1997) explicam: a fome é a necessidade básica de alimento que, quando não satisfeita, diminui a disponibilidade de qualquer ser humano para as atividades cotidianas e também para as atividades intelectuais. Porém, uma vez satisfeita a necessidade de alimentação, cessam todos os seus efeitos negativos, sem quaisquer seqüelas. A desnutrição, por sua vez, ocorre quando a fome se mantém em intensidade e tempo tão prolongados, que passam a interferir no suprimento energético do organismo. Para manter seu metabolismo em funcionamento, o corpo adota uma série de medidas de “contenção de gasto”. Nos casos mais leves (a chamada desnutrição grau I ou leve), o organismo diminui a taxa de crescimento: o corpo mantém todo o metabolismo normal à custa do sacrifício na velocidade de crescimento (ibidem, p.232)

Mas as crianças que sofrem de desnutrição grave e, por causa dela, de comprometimento neurológico não estão na escola, entre outras razões porque a taxa de mortalidade infantil é altíssima. Desse modo, a merenda escolar oferecida não chega às crianças com desnutrição grave, como tampouco tem sido suficiente para alterar o estado nutricional de qualquer criança. Em 1986, cada criança recebia, no programa de suplemento alimentar, apenas 12 kg por ano (Moyses & Collares, 1997). Sabemos que a merenda pode, no entanto, resolver a “fome do dia”, ou seja, o problema do estômago vazio, que compromete a capacidade de atenção, a disposição para aprender de qualquer ser humano.

Qual é, porém, a pertinência da afirmação de que a desnutrição causa distúrbios no desenvolvimento intelectual das crianças, e por conseqüência inviabiliza a aprendizagem?

Desnutrição e distúrbios de desenvolvimento

Estudos (Dobbing, 1972) mostram que somente nos casos de desnutrição grave ocorrem alterações no sistema nervoso central (responsável pelas funções intelectuais dos indivíduos) que incidem sobre a anatomia do cérebro (redução do peso, do tamanho, do volume, do número de células, da quantidade de mielina etc.). Mas essas alterações anatômicas não permitem nenhuma conclusão sobre os seus efeitos no funcionamento cerebral.

Não se sabe como as sinapses nervosas produzem ações inteligentes. Não há consenso sobre como os estímulos do ambiente provocam alterações funcionais no cérebro (se há aumento de ligações nervosas, se eles ativam capacidades que seriam ativadas se não houvesse oportunidade de uso). Enfim, não se sabe o quanto os estímulos do ambiente, as oportunidades culturais, educacionais, alteram o sistema nervoso. Todavia, estudos (Stein et al., 1975) mostram que crianças que sofreram de desnutrição grave no início da vida e, portanto, tiveram alterações irreversíveis no seu sistema nervoso, mas não viveram em condição de pobreza, testadas aos dezoito anos de idade, revelaram um desenvolvimento intelectual equivalente ao dos adolescentes normais, e apresentaram bom desempenho acadêmico.

É preciso, portanto, questionar as formas de avaliação do desempenho intelectual das crianças que sofrem de desnutrição atual ou pregressa, para evitar a conclusão falha, em países como o Brasil, de que as crianças são deficientes.

A avaliação da capacidade intelectual dos indivíduos

O ponto de partida das críticas atuais é esta pergunta: É possível avaliar a capacidade intelectual de uma pessoa (Collares & Moyses, 1996; Patto, 2000), ou medimos apenas o uso dessas capacidades, tomando como norma-padrão os usos estabelecidos pelos conhecimentos escolares? Hoje sabemos que o potencial que se imagina medir é, na verdade, construído num complexo processo de interação entre o indivíduo, desde o seu nascimento, e o meio social em que vive (Vygotsky, 1984). Por sua vez, o meio social é produto de uma construção

histórica que definiu as ações sociais, os modos de relação humana e o conjunto dos conhecimentos que ali circulam, bem como as condições de acesso e uso desses conhecimentos, distribuídos de forma desigual.

A diferença de desempenho nos testes de inteligência, cujos resultados apontam para um grande contingente de crianças com QI limítrofe ou abaixo da média, é sinal de incapacidade da criança ou produto das desigualdades sociais? São as desigualdades que impedem o acesso das crianças de classes populares a um ensino de qualidade, aos conhecimentos científicos, às formas de pensar produzidas pela escola.

Essas tentativas de avaliação da inteligência humana abstraem as condições de desenvolvimento das habilidades investigadas: os conhecimentos escolares e o trabalho escolar de organização dos esquemas mentais para a assimilação dos conteúdos, verificados por meio do conjunto de perguntas e problemas propostos pelos testes. Assim, diante da pergunta de um dos mais usados testes de avaliação da capacidade intelectual das crianças – Quem foi Gengis Kan? –, prontamente ouvimos a criança afirmar que não podia responder, já que não havia aprendido nada sobre ele na escola.

Os processos de socialização que formam o indivíduo e modelam as formas de expressão da inteligência humana e seus usos não são universais. Há características biológicas universais como a capacidade humana para falar (Cagliari, 1997), mas as formas de expressão dessas capacidades lingüísticas são modeladas pelo grupo lingüístico ao qual o indivíduo pertence, pela natureza das interações sociais e pela cultura. Há estilos de linguagem, há usos distintos dos códigos lingüísticos em razão dos diferentes contextos e há um *status* social atribuído a certos usos da linguagem, indevidamente avaliados como capacidade superior (Bourdieu, 1983) e muitas vezes identificados pelos testes como sinal de QI elevado. Assim, o que se avalia são as formas de expressão da linguagem e da inteligência, mediada pelos valores culturais, pelos conhecimentos disponíveis e pelos sentidos a eles atribuídos pela cultura a que o indivíduo pertence.

A maioria das crianças com desnutrição vive em condição de miséria, e não tem acesso aos bens culturais e aos benefícios da sociedade. Desse modo, já não é mais possível separar os efeitos da desnutrição no organismo das crianças dos efeitos negativos produzidos pela precariedade de vida em que estão imersas.

Até que ponto, porém, a condição de miséria material, a falta de acesso aos conhecimentos escolares e a desigualdade social comprometem a capacidade cognitiva dessas famílias e de seus filhos, as suas capacidades de falar, pensar, argumentar, lutar pela própria vida, construir uma vida digna, educar seus filhos e alimentá-los?

As diversas carências materiais e a desnutrição das crianças

A proposição de que a pobreza causa deficiências lingüísticas, cognitivas e afetivas já foi objeto de questionamentos exaustivos, quando aplicada para explicar o baixo rendimento escolar das crianças de camadas populares (Cunha,

1977; Houston, 1997; Patto, 1990, 1997; Sawaya, 2001, entre outros). Esses autores discutem que faltam evidências científicas sólidas para atribuir à carência material e às precárias condições de vida das famílias e dos filhos das camadas populares um suposto déficit ou atraso no desenvolvimento cognitivo e lingüístico e associar esses últimos às causas do baixo rendimento escolar das crianças. No entanto, essas discussões não impediram que se negligenciasse por muito tempo o estudo das causas intra-escolares na produção das dificuldades de escolarização dessas crianças.

Uma reorientação no foco das pesquisas sobre as causas do fracasso escolar do enorme contingente de crianças pobres revelou os inúmeros mecanismos e processos escolares produtores de dificuldade de aprendizagem (Patto, 1990). As dificuldades identificadas na ação pedagógica não permitem mais afirmar que os problemas escolares são problemas das crianças pobres e de suas famílias, considerados de forma isolada. Entre outros fatores, a suposição de que os alunos não têm habilidades que na verdade muitas vezes possuem, a expectativa de que a clientela não aprende, os entraves burocráticos na consecução dos trabalhos na escola – como os constantes remanejamentos dos professores ao longo do ano letivo, as freqüentes mudanças de programas e projetos educacionais, a hierarquia excessiva das funções e as relações autoritárias que circulam por todos os níveis da estrutura escolar, além da baixa remuneração dos professores e sua desvalorização profissional – produzem uma “fracalização do aluno pauperizado” (Patto, 1990).

Trata-se, porém, de uma realidade pouco conhecida (Azanha, 1995), mesmo entre profissionais da saúde aos quais são encaminhadas as crianças com dificuldades escolares. Mesmo com um alto grau de formação profissional, como no caso encontrado num grande município do interior de São Paulo, os psicólogos inquiridos na pesquisa (Cabral & Sawaya, 2001) desconhecem a realidade escolar e ainda atribuem a supostas deficiências das crianças o seu baixo rendimento escolar.

Em um estudo por nós realizado, registramos que 63% dos profissionais têm cursos de especialização e pós-graduação em suas áreas de atuação: psicopedagogia e psicologia clínica. Entre eles, 26% possuem mestrado e 5%, doutorado (Cabral & Sawaya, 2001). Perguntados sobre as queixas que levam as escolas a encaminhar, todos os anos, um elevado contingente de crianças aos serviços de atendimento psicológico, eles alegam invariavelmente problemas da criança e suas condições de saúde, problemas de alimentação e de estrutura familiar. A escola ocupa um lugar secundário na avaliação; quando a ela se referem, raramente chegam a mencionar as causas intra-escolares que produzem as dificuldades apresentadas e que têm repercussão direta sobre o comportamento das crianças, como a mudança constante de professores em uma mesma classe durante o ano letivo.

A inadequação dos diagnósticos centrados em questões médicas para explicar os problemas de aprendizagem do grande contingente de alunos das séries

iniciais, encaminhados aos serviços de saúde, e das medidas adotadas, também já foi identificada (Moyses & Collares, 1997). Mas a suposição da existência de doenças neurológicas continua levando aos inúmeros encaminhamentos de crianças com baixo desempenho escolar para exames de tomografia computadorizada (usados para identificar lesões ou mau funcionamento cerebral) e tratamentos psiquiátricos.

Encontramos crianças matriculadas em classes especiais (destinadas a portadores de necessidades especiais) às quais se atribui microcefalia sem nenhuma comprovação por diagnóstico médico: o único sintoma observado é “fazer bagunça, não querer nada com a escola”. Diversas vezes, encontramos nas classes crianças apáticas, sonolentas, cognitivamente confusas, por estarem sob o efeito de medicamentos psiquiátricos sem que tivessem um diagnóstico comprovado.

Também são amplamente questionadas pelos lingüistas as queixas, muito freqüentes nos serviços de saúde e na escola, de que mães e crianças pobres são portadoras de deficiências de linguagem, por ninguém entender o que elas falam ou por elas não seguirem as indicações dos médicos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. Tais afirmações partem de pressupostos que não encontram sustentação científica em estudos lingüísticos (Cagliari, 1997; Houston, 1997). Os erros identificados como déficit lingüístico não passam de erros fonéticos e sintáticos, e, portanto, não são falhas das estruturas lingüísticas que pudessem comprometer o entendimento e a construção lógica dos enunciados. Para esses autores, não há também pertinência nas afirmações de que uma *performance* lingüística restrita, em que se usam poucas palavras e construções simples, seja sinal de deficiência cognitiva. Todo falante, para se comunicar, faz uso de processos cognitivos altamente complexos e abstratos, e a capacidade de compreender a linguagem ultrapassa o desempenho verbal (Houston, 1997, p.179).

Quais são, todavia, os argumentos que explicam a comunicação restrita ou falha – comumente considerada sinal de deficiência de linguagem – entre mães, profissionais de saúde e educadores? Além do aspecto lingüístico, é preciso olhar outros fatores em jogo nesses contextos, pois sabemos que a emissão verbal pode estar prejudicada nas relações comunicativas marcadas por situações de estresse, de humilhação e de reprovação, como são as reuniões escolares e atendimentos médicos em que, via de regra, se culpa a mãe pela desnutrição da criança.

Há perguntas humilhantes que denunciam o que as mães querem esconder por vergonha da sua própria condição, vista também como culpa pessoal. São as perguntas como: O que tem para comer na sua casa? Quantas refeições vocês fazem por dia? As crianças brincam? Possuem brinquedos? As mães das crianças desnutridas que investigamos chegam às entrevistas (por nós solicitadas) pedindo desculpas, reafirmando discursos que ouviram e que as culpam, mas que também denunciam a condição de vida em que se encontram – “Acho que desnutriu porque eu não podia olhar e ela ficava na vizinha, e com o meu marido desempregado, tive que sair para trabalhar para não morrer de fome”.

Encontramos creches, pré-escolas e escolas em que as mães não têm nome nem identidade, são “mães” recebidas nos corredores, no pátio, na sala da diretora, chamadas para ouvir queixas sobre seus filhos, para ouvir sentenças de morte: não alimentaram bem seus filhos, foram descuidadas, por isso eles têm hoje dificuldade na escola, não aprendem, seu desenvolvimento está atrasado. Encaminhados para a classe especial, eles passam a compor um grupo de crianças desacreditadas, por quem a escola não se interessa mais.

A suposta baixa auto-estima dessas mães é um problema intrínseco, um traço de personalidade que um trabalho terapêutico poderia sanar? Ou é decorrente das relações que a sociedade e as instituições sociais (escola, saúde etc.) estabelecem com elas cotidianamente? Poderia o trabalho terapêutico melhorar as condições afetivas, emocionais, suas relações com os outros e sua vida, sem que se melhorem as relações sociais concretas que produziram tal situação, nos serviços de saúde e nas instituições de ensino? Isto é, seria possível modificar a situação das mães sem modificar o modo como elas são recebidas nas escolas, em reuniões de pais, com reprimendas e acusações?

Os fatores comumente considerados como causas dos altos índices de desnutrição e pobreza – por exemplo, poucos recursos cognitivos das mães, seus problemas afetivos e sua desestruturação familiar – são questionados pelo próprio conhecimento construído no contato direto com essas famílias e suas crianças, nos bairros. A convivência prolongada com o pesquisador – que dispensa longas horas para ouvir as histórias das famílias, suas explicações sobre a vida, suas dificuldades e suas estratégias de sobrevivência – revela um universo distinto daquele que se caracterizaria pela carência em todos os sentidos.

As mesmas crianças que na escola são identificadas como portadoras de distúrbios de desenvolvimento e de ausência de raciocínio lógico podem ser encontradas trabalhando na feira, vendendo produtos no sinal de trânsito, fazendo troco, realizando contas de matemática de cabeça (Carragher et al., 1982). Inventam histórias, fazem trocadilhos, contam piada, usam metáforas e recorrem a músicas folclóricas ou sertanejas para dissuadir os adultos de uma agressão, para conseguir alimento, para fazer rir uma comunidade de ouvintes, pois seu lugar precisa ser conquistado e sua sobrevivência também. Elas não só fazem usos de linguagem que comprovam astúcia e inteligência, mas também utilizam a palavra como recurso na luta pela sobrevivência em condições muito adversas (Sawaya, 2001).

Da mesma forma, são questionáveis os modelos normativos empregados na avaliação das famílias, que as designam como desestruturadas por não corresponderem ao modelo da família nuclear (Mello, 1992). O modelo – tido como ideal e fonte de todas as virtudes e garantias de saúde mental – impede ver que os rearranjos familiares garantem a subsistência e os laços afetivos. Como verdadeira estratégia de sobrevivência, a reorganização do núcleo familiar – pela inclusão de parentes, compadres e outros relacionamentos possíveis –, mais do que revelar

anomia ou desestrutura, revela possibilidades no sustento, na preservação dos laços afetivos, possibilidades de trocas e ajuda mútua entre seus membros.

Longe de afirmar que a miséria não tem efeitos devastadores sobre a vida dos indivíduos, estamos chamando atenção tanto para os mecanismos de exclusão social, como também para as estratégias utilizadas pelas famílias pobres na sua luta diária para sobreviver e ter uma vida digna. A compreensão dos processos sociais que geram exclusão e das formas de enfrentar condições adversas de vida das famílias de camadas populares deve ser, nessa perspectiva, o ponto de partida para as ações sociais de combate à pobreza e à desnutrição.

Alguns dados revelam que, apesar dos inúmeros problemas enfrentados por essa população, houve nas últimas décadas uma queda na taxa de desnutrição na população com menos de cinco anos (ENDEF,¹ 1975; PNSN,² 1989). As explicações que comumente são atribuídas, na área da saúde, à diminuição na taxa de desnutrição no Brasil são a mudança do campo para a cidade e a melhoria do acesso aos serviços de saúde, apesar de ter havido, no mesmo período, um crescimento da pobreza e do desemprego no Brasil. Desse modo, a melhora nos índices de desnutrição não pode ser explicada pela melhoria nas condições de renda dessa população. Antes, a queda precisa ser considerada também a partir das inúmeras estratégias de sobrevivência que as populações de baixa renda encontram para driblar a fome e a miséria absoluta, entre elas, algumas já mencionadas, como os rearranjos familiares.

Se já contamos, porém, com resultados de pesquisa que revelam os limites de algumas afirmações sobre a desnutrição e o baixo rendimento escolar, permitindo uma compreensão mais abrangente do problema, o grande desafio é encontrar estratégias que propiciem uma mudança nas concepções que ainda orientam políticas educacionais, programas de atendimento às famílias pobres e instrumentais usados para conhecê-las.

É nesse sentido que procuramos caminhar nos últimos anos, seja por meio da formação de educadores seja pelo desenvolvimento de projetos nas próprias unidades de ensino.

Por um projeto educativo entre profissionais de educação e saúde, pais e crianças

A nossa proposta é uma abordagem diversa do problema do fracasso escolar. Os projetos de intervenção para combatê-lo devem enfatizar não os indivíduos isoladamente, mas as relações, as práticas, as concepções que se desenvolvem no âmbito família/bairro/instituições de saúde e educação, sustentadas por uma leitura crítica da sociedade em que estão inseridos (Sawaya, 2001, 2002a).

As famílias são parte de um contexto mais amplo, vivem em um bairro, interagem com instituições que, por sua vez, se relacionam com elas a partir de concepções que orientam suas ações. Os comportamentos e as relações observadas nas mães e nas famílias pelos profissionais (“não fez pré-natal”, “não toma a medicação”, “não faz a dieta proposta pelo posto de saúde”, “recorre a partei-

ras” etc.) só poderão ser compreendidos e modificados quando se considerarem também os múltiplos processos que produzem a condição em que as famílias se encontram. Pois dados de pesquisa revelam que, muitas vezes, as próprias relações estabelecidas entre instituições públicas e famílias pobres contribuem com as idéias e comportamentos observados: desesperança, baixa auto-estima, resignação, decorrentes do sentimento de culpa, da desqualificação, da humilhação, de afirmações aterradoras (“seu filho tem distúrbios de desenvolvimento”, “não está aprendendo, não tem raciocínio lógico” etc.).

A mãe e a criança são personagens envolvidos numa série de circunstâncias e ações que tiveram como resultado a desnutrição. Em geral, a atuação do profissional se limita a intervenções pontuais, centradas na reeducação nutricional, no desenvolvimento de hábitos alimentares e de higiene, como se essas ações fossem suficientes para a reintegração social da mãe e da criança. As tentativas de desenvolver comportamentos positivos geralmente partem do pressuposto de que eles inexistem. As ações pontuais acabam por não promover o questionamento da própria qualidade dos serviços educacionais e de saúde oferecidos à população de baixa renda, na medida em que desconsideram a multiplicidade de fatores sociais, econômicos e políticos envolvidos na produção da desnutrição e na baixa qualidade do ensino.

Um primeiro ponto a ser enfrentado por educadores e profissionais de saúde é o desenvolvimento de uma visão crítica do papel que cumprem junto às populações pobres e aos seus filhos desnutridos e/ou com baixo rendimento escolar. Vimos que, apesar de já contarmos com um corpo de conhecimentos críticos sobre as formas de abordagem e atuação junto a essas populações, as idéias que ainda orientam muitas ações vão no sentido da culpabilização e de supor a ignorância da mãe e a desestrutura familiar, transformando as suposições em fatos e os identificando como fontes dos problemas das crianças. Se, por um lado, segundo nossa experiência, a revisão dessas idéias mostra-se indispensável para que se realizem mudanças na prática, por outro, ela se revela ineficaz quando implementada apenas por meio de cursos de formação.

Uma das estratégias de trabalho que temos utilizado na formação de educadores é promover reflexões nas próprias unidades de ensino e nos bairros, onde se realiza a escuta das famílias, dos professores, dos alunos e da equipe técnica. As técnicas de entrevista e observação tradicionais, como os testes, as anamneses e as entrevistas fechadas, são substituídas por orientações trazidas dos estudos antropológicos, o que em psicologia escolar tem sido feito a partir de trabalhos como os de Ezpeleta & Rockwell (1989), dentre outros.

A investigação das causas do baixo rendimento escolar, bem como de outros problemas, precisa ser feita a partir de um mergulho na vida cotidiana das instituições de ensino e do conhecimento direto das pessoas envolvidas, em seus bairros, em suas casas, em suas relações com a vizinhança e com as instituições públicas. Por meio da convivência prolongada e da criação de espaços de diálogo

go, identificamos a presença de preconceitos contra famílias pobres, os quais se tornam recursos utilizados pelos educadores e pela escola para se desvencilhar da culpa que recai sobre eles próprios. Alvo fácil de um ensino que não produz resultados, os educadores nomeiam a mãe, a família que muitas vezes desconhecem e a pretensa desnutrição das crianças como as causas dos problemas escolares.

À descoberta de que, na escola, o encaminhamento das crianças para os serviços de saúde é muitas vezes motivado por queixas de indisciplina, acrescenta-se a constatação de que, nos serviços de saúde, as crianças passam não somente por exames psicológicos, mas também por exames médicos que identificam doenças de caráter duvidoso.

As análises pontuais e os diagnósticos muitas vezes apressados, decorrência de filas intermináveis nos serviços de saúde, voltam para a escola como diagnósticos que confirmam as hipóteses anteriores: trata-se de crianças com problemas e deficiências, o que justifica encaminhá-las para programas de reforço, classes de aceleração, classes especiais, atendimentos terapêuticos etc.

Inúmeros relatos dessas histórias e das explicações a elas associadas revelam um profundo desconhecimento das reais causas das dificuldades de escolarização das crianças pobres, tais como remanejamento constante de classe e de escola e alta mobilidade de professores ao longo de todo o ano letivo, entre tantos outros aspectos já identificados por vários estudos (Patto, 1990; Machado, 1994; entre outros).

Assim, se a investigação das causas do fracasso escolar nos remeteu às concepções, relações e práticas presentes nas instituições escolares e na sociedade, a discussão da desnutrição nos coloca diante da necessidade de estudar o contexto mais amplo que a produziu. Dessa forma, encontramos casos em que a desnutrição das crianças se dá em um contexto complexo, com situações como o despejo da família do cortiço, a enchente no barraco, o desemprego, a escolha entre comprar um terreno e alimentar os filhos e, ainda, a amamentação prolongada ante a falta de recursos para alimentar a todos. A inconstância alimentar e a irregularidade de determinados alimentos, como a carne, podem não ser episódios passageiros, mas estão ligadas à impossibilidade financeira de comprar os alimentos e prepará-los.

Por isso, se o fracasso escolar é produzido por processos escolares criadores de dificuldades, a desnutrição também pode ser produzida por processos produtores de dificuldades. Por exemplo, constatamos que a explicação para o fato de muitas mulheres e adolescentes grávidas não fazerem o pré-natal não pode ser generalizada em afirmações sobre desprezo pelos serviços médicos, desinteresse, ignorância ou gravidez indesejada. A baixa frequência nos serviços de saúde também pode estar associada às relações conflituosas entre os postos de saúde e as famílias mais pobres, aos preconceitos contra moradores de favelas e grupos suspeitos (traficantes, consumidores de droga) e à precariedade dos serviços de saúde (Sawaya, 1992).

Em nossas andanças pelos bairros, nas visitas às famílias, no contato com associações de moradores, com lideranças de bairro – buscando não nos furtar ao eventual encontro com o chefe do tráfico, com a família do bandido etc. –, encontramos, contudo, grupos de mulheres organizadas em clubes de mães, em associações de bairro, em organizações de luta por terra e moradia, que se reúnem na paróquia, em associações de moradores, ou até nas próprias casas para discutir seus problemas e se ajudar mutuamente, de forma inteligente e criativa (Sawaya, 1992).

Encontramos, em contrapartida, instituições de ensino isoladas por muros e grades, transformadas em presídios, protegendo-se da população que a frequenta e, muitas vezes, sem perceber que a violência e a exclusão social são geradas pelas próprias práticas escolares.

Por fim, o trabalho de escuta sistemática junto aos vários grupos envolvidos nas questões da desnutrição, pobreza e fracasso escolar revela um universo desconhecido e singular, onde a pobreza produz marcas profundas, mas assume matizes diferentes nos diferentes grupos. É necessário conhecer essa realidade para rever as práticas, relações e concepções que, muitas vezes, comprometem as propostas de combate à pobreza, à baixa escolaridade e à desnutrição.

Considerações finais

1. As explicações sobre como a desnutrição e suas conseqüências determinam o desenvolvimento e a aprendizagem das crianças precisam ser revistas a partir do conhecimento dos processos de exclusão social, operados pelas práticas e concepções que orientam profissionais em atividade nas instituições de ensino e nos serviços de saúde.

2. Os instrumentais utilizados para conhecer a população pobre, seus recursos cognitivos e afetivos precisam ser revistos, bem como precisam ser conhecidos os modos por meio dos quais a população contorna a fome e a miséria e consegue sobreviver.

3. Os projetos de formação de educadores em serviço e de profissionais de saúde precisam incluir a reflexão sobre os mecanismos intra-institucionais que produzem as dificuldades encontradas e geram a exclusão social.

Notas

1 Enquete Nacional de Despesa Familiar, realizada pelo IBGE. Projeto assessorado pela FAO (Organização de Alimentação e Agricultura da ONU), 1975.

2 Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, realizada pelo IBGE, em convênio com Inan e Ipea, 1989.

Referências bibliográficas

AZANHA, J. M. P. Comentários sobre a formação de professores em São Paulo. In: *Educação: temas polêmicos*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

- BOURDIEU, P. A economia das trocas lingüísticas. In: ORTIZ, R. (Org.) *Pierre Bourdieu: Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. (Col. Grandes Cientistas Sociais).
- CAMILLO, A.; TELLES, V. E.; FRAYZE, J. A. O psicodiagnóstico: instrumento de revelação? *Anais do I CONPISC – I Congresso de Psicologia*, São Paulo, 1989.
- CABRAL, E.; SAWAYA, S. M. Concepções e atuação profissional frente às queixas escolares: Os psicólogos dos serviços públicos de saúde. *Estudos de Psicologia*, Natal, v.6, n.2, p.143-55, 2001.
- CAGLIARI, L. C. O príncipe que virou sapo. In: PATTO, M. H. (Org.) *Introdução à psicologia escolar*. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- CARRAHER, T. N.; CARRAHER, D. W.; SHLIEMAN, A. D. Na vida dez, na escola zero: os contextos culturais da aprendizagem da matemática. *Cadernos de Pesquisa*, Fundação Carlos Chagas, São Paulo, v.42, p.79-86, ago. 1982.
- COLLARES, C. A. L.; MOYSES, M. A. *Preconceitos no cotidiano escolar, ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez, 1996.
- CUNHA, L. A. *Educação e desenvolvimento social no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- DOBBING, J. Nutrition, the nervous system and behavior. *OPAS*, n.251, 1972.
- EZPELETA, J.; ROCKWELL, E. *Pesquisa participante*. São Paulo: Cortez, 1989.
- HOUSTON, S. Um reexame de algumas afirmações sobre a linguagem da criança de baixo nível socioeconômico. In: PATTO, M. H. (Org.) *Introdução à psicologia escolar*. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p.171-91.
- MACHADO, A. M. *Crianças de classe especial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- MELLO, S. L. Classes populares, família e preconceito. *Psicologia USP*, São Paulo, v.3, n.1/2, p.123-30, 1992.
- MOYSES, M. A.; LIMA, G. Z. Desnutrição e fracasso escolar: uma relação tão simples? *Revista ANDE*, São Paulo, v.1, n.5, p.57-61, 1982.
- MOYSES, M. A.; COLLARES, C. Desnutrição, fracasso escolar e merenda. In: PATTO, M. H. (Org.) *Introdução à psicologia escolar*. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- PATTO, M. H. *A produção do fracasso escolar*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1990.
- _____. Da psicologia do desprivilegiado à psicologia do oprimido. In: _____. (Org.) *Introdução à psicologia escolar*. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- _____. *Para uma crítica da razão psicométrica: mutações do catifeiro*. São Paulo: Edusp, 2000.
- RIBEIRO, J. C. A pedagogia da repetência. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.12, n.5, 1991.
- _____. Educação e cidadania. In: VELLOSO, J. P. R.; ALBUQUERQUE, R. C. *Educação e modernidade: as bases do desenvolvimento moderno*. São Paulo: Nobel, 1993.
- SAWAYA, S.M. *Pobreza e linguagem oral: as crianças do Jardim Piratininga*. São Paulo, 1992. Dissertação (Mestrado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SAWAYA, S. M. A infância na pobreza urbana: linguagem oral e a escrita da história pelas crianças. *Psicologia USP*, São Paulo, v.12, n.1, p.153-78, 2001.

_____. *Abordagem pedagógica*. São Paulo: Salus Paulista, 2002a. (Col. Vencendo a Desnutrição, v.5)

_____. Novas perspectivas do sucesso e do fracasso escolar. In: OLIVEIRA, M. K.; SOUZA, D. T. R.; REGO, T. C. (Org.) *Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea*. São Paulo: Moderna, 2002b. p.197-213.

STEIN, Z. A. et al. *Famine and human development: The Dutch hunger winter of 1944-45*. New York: Oxford Univ. Press, 1975.

VYGOTSKY. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

RESUMO – O ARTIGO traz algumas contribuições da psicologia às reflexões sobre desnutrição e baixo rendimento escolar, a partir da análise de certas afirmações acerca das causas e conseqüências da desnutrição para o desenvolvimento infantil e a escolarização das crianças de classes populares. Analisa as suposições de que o baixo rendimento escolar de grande parcela dos alunos no Brasil teria como uma das suas explicações principais a desnutrição atual ou pregressa, o que supostamente levaria a deficiências cognitivas e lingüísticas, prejudicando a aprendizagem. O artigo discute ainda as metodologias de investigação e as análises que resultaram nessas conclusões. Finalmente, traz resultados de pesquisa que mostram a necessidade de revisão desses pressupostos, os quais continuam a orientar políticas e práticas educacionais e de saúde, o que inviabiliza a solução dos problemas escolares.

PALAVRAS-CHAVE: Desnutrição, Problemas de aprendizagem, Camadas populares, Baixo desempenho escolar.

ABSTRACT – THIS ARTICLE rises some contributions from psychology to the reflections on malnutrition and low school performance, through an analysis of some statements on the causes and consequences of malnutrition to child development as well as schooling of lower classes children. It analyses the assumptions that low performance at school of a great number of students in Brazil would be explained by the presence of malnutrition, current or previous. It critically discusses the investigative methodologies and analysis which presented questionable conclusions that children who are victims of malnutrition suffer from cognitive and linguistic deficiencies. Finally, it provides survey results, showing the need of reviewing these assumptions, since they continue to guide policies and practices on education and health, rendering impossible the solutions to school problems.

KEYWORDS: Malnutrition and learning, Lower classes and poor educational performance.

Sandra Maria Sawaya, formada pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, é professora doutora do Departamento de Filosofia e Ciências da Educação, área Psicologia e Educação, na Faculdade de Educação da mesma universidade.

@ – smsawaya@usp.br / sandrasawaya@yahoo.com.br

Recebido em 15.5.2006 e aceito em 16.6.2006.

Desnutrição: conseqüências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional

ANA LYDIA SAWAYA

Saúde, nutrição e condições de vida

HOJE EM DIA, é cada vez mais claro que, para uma compreensão real das doenças e suas conseqüências, são fundamentais os aspectos antropológicos, o dinamismo psicológico e o diagnóstico social das pessoas em situação de debilidade física. Têm crescido, por exemplo, as evidências fisiológicas de que é necessário olhar o homem como fenômeno integrado e não como partes independentes entre si. Um bom número de trabalhos científicos oferece cada vez mais exemplos dessa integralidade, como os estudos sobre os efeitos da felicidade na saúde da pessoa ao final da vida. Um estudo realizado nos Estados Unidos, por exemplo, constatou, em uma amostra de freiras católicas, que escritos com conteúdo emocional positivo aos 22 anos de idade estavam associados à saúde e longevidade aos sessenta anos (Danner et al., 2001).

No plano da fisiologia, portanto, o que se passa com uma pessoa que se considera feliz? Há relações fortes entre esse tipo de afirmação, a expectativa de vida e a frequência e intensidade de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares, inflamatórias e auto-imunes (Steptoe et al., 2005). Tais estudos identificaram um marcador biológico inversamente correlato a essa declaração de felicidade: o cortisol, hormônio do estresse. Quanto mais altos os níveis desse hormônio na saliva ao acordar, maior o nível de estresse e pior a qualidade de vida em longo prazo. Separar o ser humano em pedaços está se tornando cada vez mais difícil... A qualidade de vida do ser humano depende do que ele sente e do significado que atribui às coisas, e ambos estão associados ao seu estado fisiológico.

Esses mesmos mecanismos estão ativados quando o indivíduo recebe uma alimentação insuficiente quantitativamente, ou inadequada do ponto de vista qualitativo (quando faltam os nutrientes necessários, como vitaminas e minerais), sobretudo no início da vida. O nosso órgão controlador de toda a atividade metabólica, que é o sistema nervoso, se “programa” permanentemente para economizar energia em forma de gordura e reduzir o crescimento, para garantir a sobrevivência em condições adversas. Um dos hormônios fundamentais para isso é o cortisol. Essa situação é chamada de desnutrição, e o hormônio que a regula, em conjunto com outros, é, por isso, o hormônio do estresse.

É bem conhecido também o ciclo vicioso consumo inadequado de alimentos/aumento de doenças: perda de peso, crescimento deficiente, baixa imunidade, danos na mucosa, perdas na mucosa gastrointestinal, perda de apetite, má absorção do alimento, alterações importantes no metabolismo. E voltamos sempre ao hormônio do estresse – o cortisol alto –, que depois terá um papel muito importante na vinculação da desnutrição com doenças crônicas na vida adulta.



Quadro 1 – Ciclo consumo inadequado de alimentos/aumento de doenças.

A desnutrição é responsável por 55% das mortes de crianças no mundo inteiro. Está associada a várias outras doenças e ainda hoje é considerada a doença que mais mata crianças abaixo de cinco anos.

No mundo todo e também no Brasil, o tipo prevalente de desnutrição corresponde à baixa estatura, que vem ganhando relevo como indicador não só de desnutrição, mas também de pobreza, pois hoje se sabe que o fator ambiental é muito mais significativo do que o fator genético na determinação da estatura final do indivíduo.

As causas da baixa estatura são várias: nutrição materna insuficiente, desnutrição intra-uterina, falta de aleitamento materno até seis meses, introdução tardia de alimentos complementares, alimentos complementares em quantidade e qualidade inadequadas, absorção de nutrientes prejudicada por infecções e parasitoses intestinais.

O Gráfico 1 comprova a importância da estatura como marcador eficiente e direto da pobreza. Temos aqui a estatura média de três populações adultas acima de dezoito anos: a população de um acampamento rural do MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra), uma população moradora em favelas (Sem-Teto) em Maceió, Alagoas, a média brasileira para homens e mulheres e a população de referência americana. O grupo mais pobre – e com a média mais baixa – é o dos sem-terra. A estatura, assim, é um ótimo indicador de pobreza.

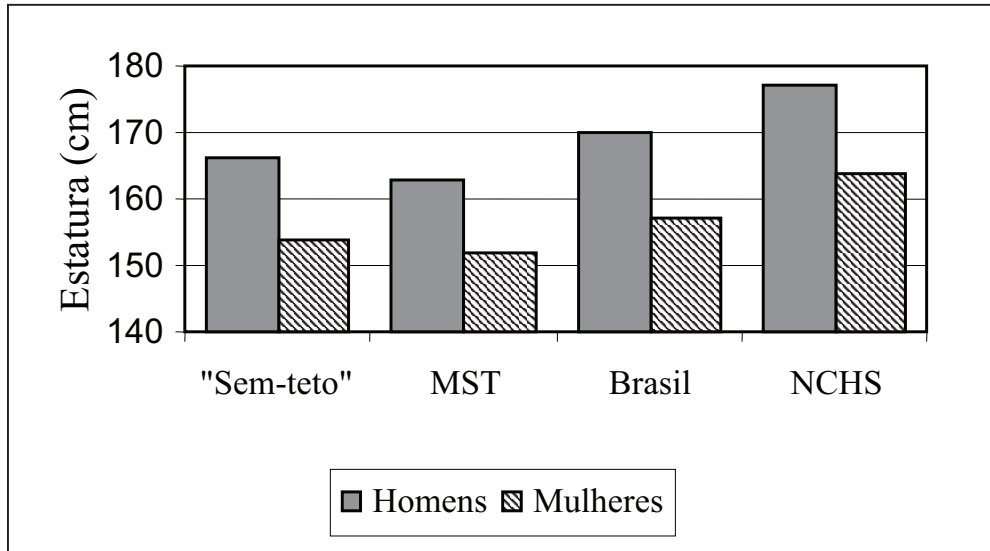
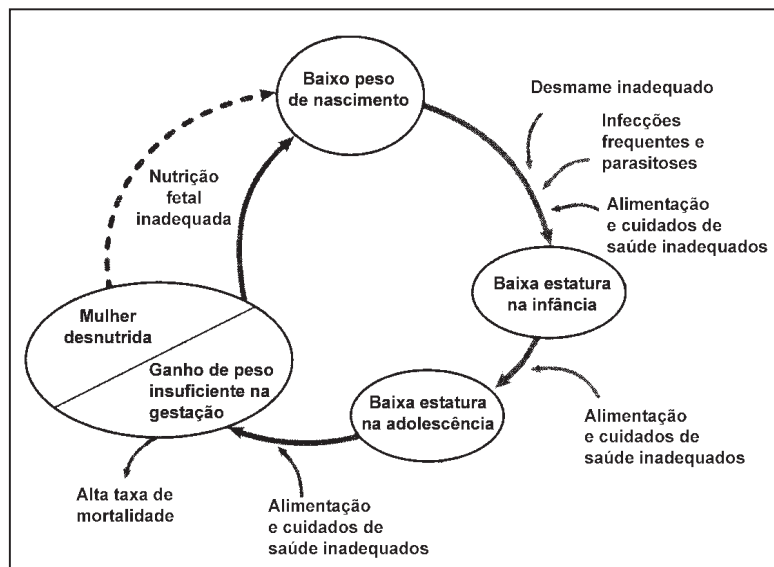


Gráfico 1 – Estatura média da população adulta (>18 anos).

Estima-se que no município de São Paulo de 11%-15% da população vivam em favelas. Já em Maceió, por exemplo, 50% da população vive nessas condições. A taxa de crescimento anual da população favelada tem superado sistematicamente a taxa de crescimento urbano. Em São Paulo, no ano 2000, essa taxa foi de 2,97%, enquanto a do município ficou em 0,78 (Marques & Torres, 2005). Segundo dados da prefeitura de São Paulo, são 2.018 as favelas de porte significativo na cidade, estando a maior concentração na zona sul, com 1.107 favelas (ibidem).



Quadro 2 – Ciclo consumo inadequado de alimentos/aumento de doenças.

Assim, as condições insalubres de moradia são a principal causa para o ciclo de consumo inadequado de alimentos, daí decorrendo um aumento das doenças: baixo peso ao nascer, desmame inadequado, infecções freqüentes e alimentação inadequada que levam à baixa estatura na infância, como vimos. Se prosseguir a alimentação inadequada na adolescência e na vida adulta, haverá ganho de peso insuficiente na gestação, e conseqüentemente a criança nascerá com baixo peso e já desnutrida.

Dados de crianças desnutridas tratadas no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN), em São Paulo (para mais detalhes, ver Sawaya et al., 2003), mostram que mais de 70% delas nascem com peso baixo ou insuficiente. A fotografia da desnutrição nas comunidades pobres em São Paulo, especialmente nas favelas, já começa a se delinear antes do nascimento. Nessas crianças há também presença forte de doenças na infância, sendo essas as principais determinantes da gravidade da desnutrição.

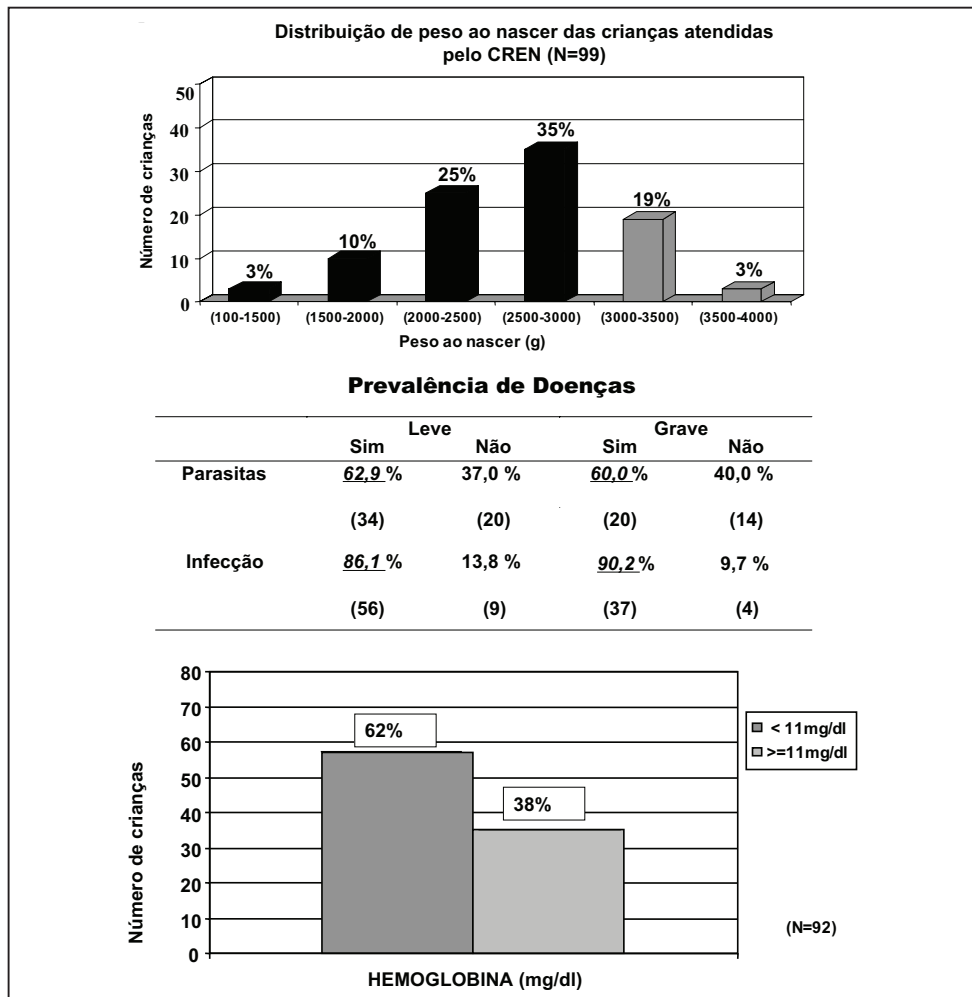


Gráfico 2 – Distribuição de peso ao nascer, prevalência de doenças e anemia em crianças atendidas pelo CREN.

Um dado do CREN mostra que, entre as crianças com desnutrição moderada em tratamento, cerca de 80% tiveram pelo menos um episódio infeccioso no último mês, e, entre aquelas com desnutrição grave, essa prevalência subiu para cerca de 90%. A diferença, portanto, é dada sobretudo pela frequência de infecções. Além disso, 60% tinham parasitas. E outra ocorrência bastante comum é a anemia, constatada em 62% delas.

Ainda sobre as infecções, é importante ressaltar que frequentemente se trata de situações muito simples, que numa criança normal não teriam grandes conseqüências, mas que em crianças desnutridas podem prejudicar não só o ganho de peso, como também a estatura. Isso é confirmado pelo trabalho desenvolvido no CREN, onde as crianças em recuperação passam o dia inteiro (das 7h30 às 17h30), alimentam-se com uma dieta balanceada cinco vezes por dia, recebem tratamento adequado para as infecções e têm o acompanhamento médico e psicológico necessário, assim como suas famílias. Mesmo assim, constatamos que uma otite, uma faringite, uma gripe prejudicam o seu crescimento. Se elas estivessem em casa, sem acesso a esse tipo de atendimento, dificilmente chegariam a ultrapassar a curva (P10) abaixo da qual uma criança é considerada desnutrida (Gráfico 3).

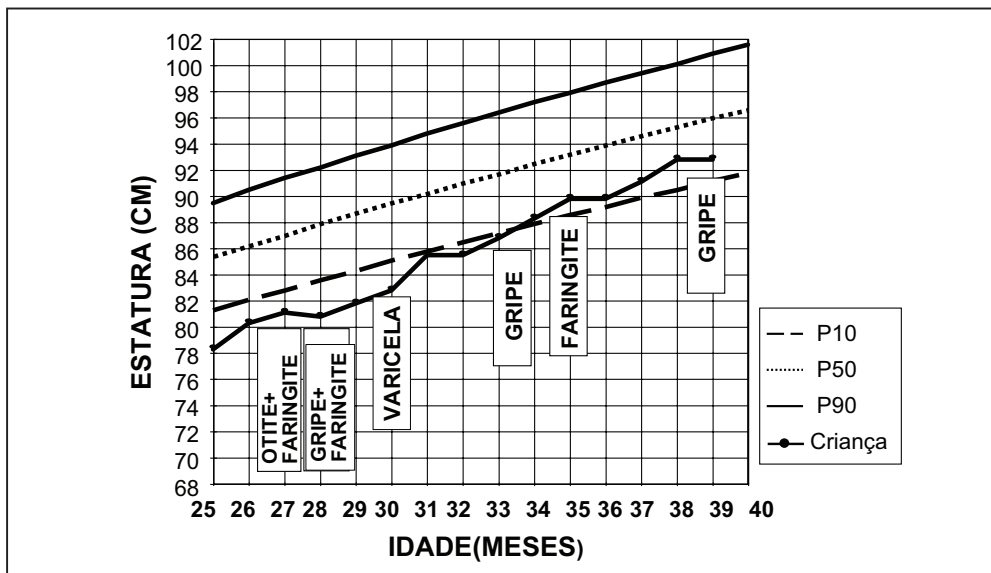


Gráfico 3 – Distribuição da estatura de uma criança atendida pelo CREN.

Quais são as conseqüências da desnutrição em longo prazo?

Já mostramos anteriormente (Sawaya et al., 2003) que crianças que foram desnutridas e que não se recuperaram em estatura apresentam um quociente respiratório maior do que crianças que nunca foram desnutridas. Isso significa que o organismo delas “deseja” fisiologicamente acumular gordura corporal. Um quociente respiratório mais alto significa que a oxidação de gordura no

corpo é menor; portanto, a criança crescerá menos, ganhará menos músculos, menos ossos, e tenderá a usar a energia que ingeriu para acúmulo de gordura. Esses achados associam-se também a uma suscetibilidade maior para acumular gordura corporal quando as crianças desnutridas consomem uma dieta mais rica em gorduras (Sawaya et al., 1998).

Ao comparar a velocidade de ganho de peso de meninas adolescentes de baixa estatura (D) com um grupo de controle (N), um estudo longitudinal (Gráfico 4) mostrou que as meninas desnutridas tiveram velocidade de ganho de peso maior, à custa de uma diminuição no gasto energético. Como elas fazem isso se não estão comendo bem, e já que a desnutrição decorre necessariamente de uma alimentação inadequada/insuficiente? Diminuindo a taxa de metabolismo de repouso ao longo do período de crescimento. Essa diminuição do gasto energético com a finalidade de ganhar peso está associada a um aumento na gordura corporal, especialmente na região da cintura, onde o acúmulo de gordura é mais perigoso, pois está fortemente associado a doenças crônicas como diabetes e cardiopatias na vida adulta.

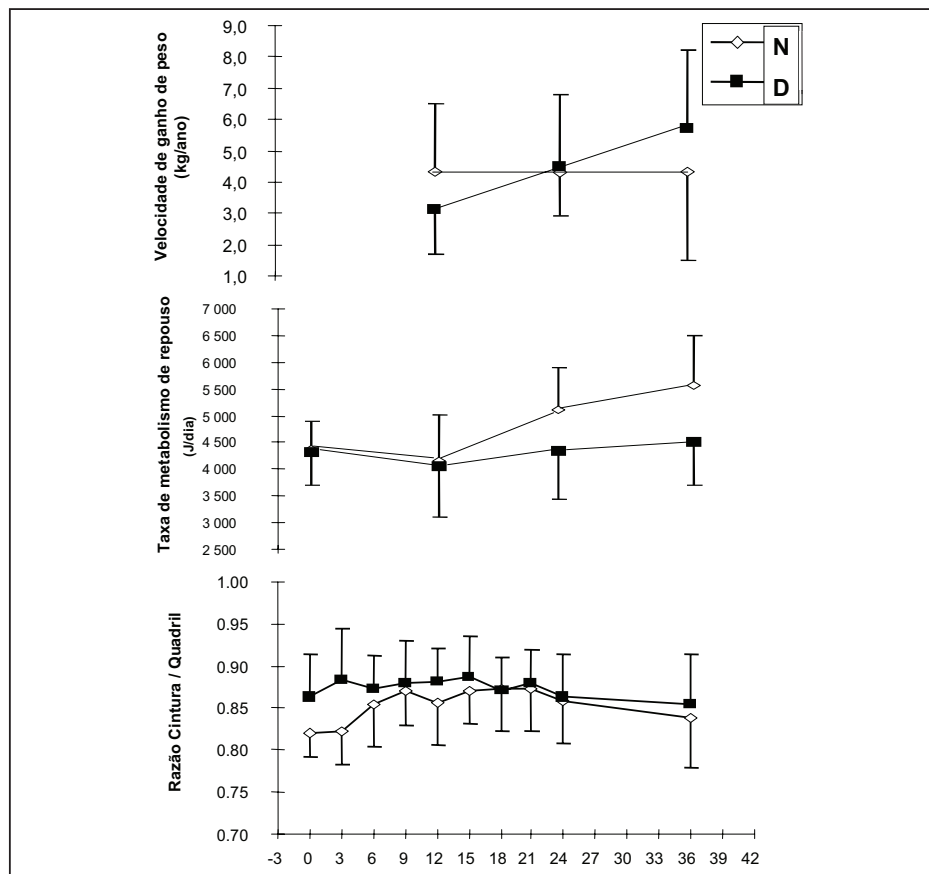


Gráfico 4 – Velocidade de ganho de peso, gasto energético em repouso e razão cintura/quadril em adolescentes do sexo feminino moradores em favelas.

Estudo longitudinal com seguimento por 36 meses. ANOVA: $p < 0,001$.

Em outro estudo, comparando adolescentes de baixa estatura com controles sem baixa estatura, observamos uma diminuição na produção de insulina pelas células beta do pâncreas (HOMA β), e como resposta a essa deficiência, uma sensibilidade à insulina (HOMA S) mais alta. Essas alterações podem levar a uma falência pancreática e ao aumento do risco de diabetes na vida adulta (Tabela 1).

Tabela 1 – Níveis de glicose e insulina, resistência a insulina e função das células β de adolescentes com baixa estatura.

	Controle (n=30)	Baixa Estatura (n=20)
Glicose (nmol/l)	4,45 \pm 0,34	4,36 \pm 0,29
Insulina (pmol/l)	58,39 \pm 31,66	32,08 \pm 15,51***
HOMA S (log)	1,97 \pm 0,23	2,18 \pm 0,19***
HOMA β (log)	2,11 \pm 0,14	1,97 \pm 0,11***

Valores expressos em média \pm DP

*** Significativamente diferente do grupo controle, $p < 0,001$

Nossos estudos mostraram também níveis altos de pressão diastólica (quase toda a amostra estudada estava acima do percentil 50, ou seja, da maioria da população de referência) em meninos e meninas moradores em favelas, indicando risco aumentado de hipertensão e cardiopatias na vida adulta (Gráfico 5).

Relacionando todos esses dados (Quadro 3), poderíamos dizer então que consumo insuficiente durante o crescimento provoca um estresse no organismo, levando ao aumento da razão cortisol:insulina. Como vimos, a desnutrição é um potente estimulador do estresse e causa aumento nos níveis e na ação catabólica do cortisol. Além disso, a deficiência alimentar diminui a ação anabólica de síntese de tecidos dependente de insulina. Esse balanço hormonal leva à diminuição do hormônio responsável pelo crescimento, fator de crescimento insulina símile tipo 1 (IGF-1). Estudos em animais de laboratório têm mostrado que essas alterações hormonais causam alterações vasculares (diminuição da elasticidade dos vasos) e renais (diminuição do número de néfrons), o que pode também estar ocorrendo em crianças desnutridas e ser a causa das alterações observadas na pressão sanguínea e no pâncreas.

A razão cortisol:insulina alta e IGF-1 baixo também diminui o ganho de massa muscular e o crescimento linear, além de aumentar a razão cintura/quadril e de diminuir a oxidação de gordura corporal, como vimos. Se a criança nessa condição de vida passar a ingerir uma dieta moderna e apresentar um quadro

de inatividade física, ocorrerá um aumento excessivo no ganho de gordura, o que pode resultar numa associação entre baixa estatura, obesidade, hipertensão e diabetes. Dados cada vez mais numerosos na literatura têm mostrado evidências dessa associação em população adulta (Rosmond, 2002; Florêncio et al., 2004).

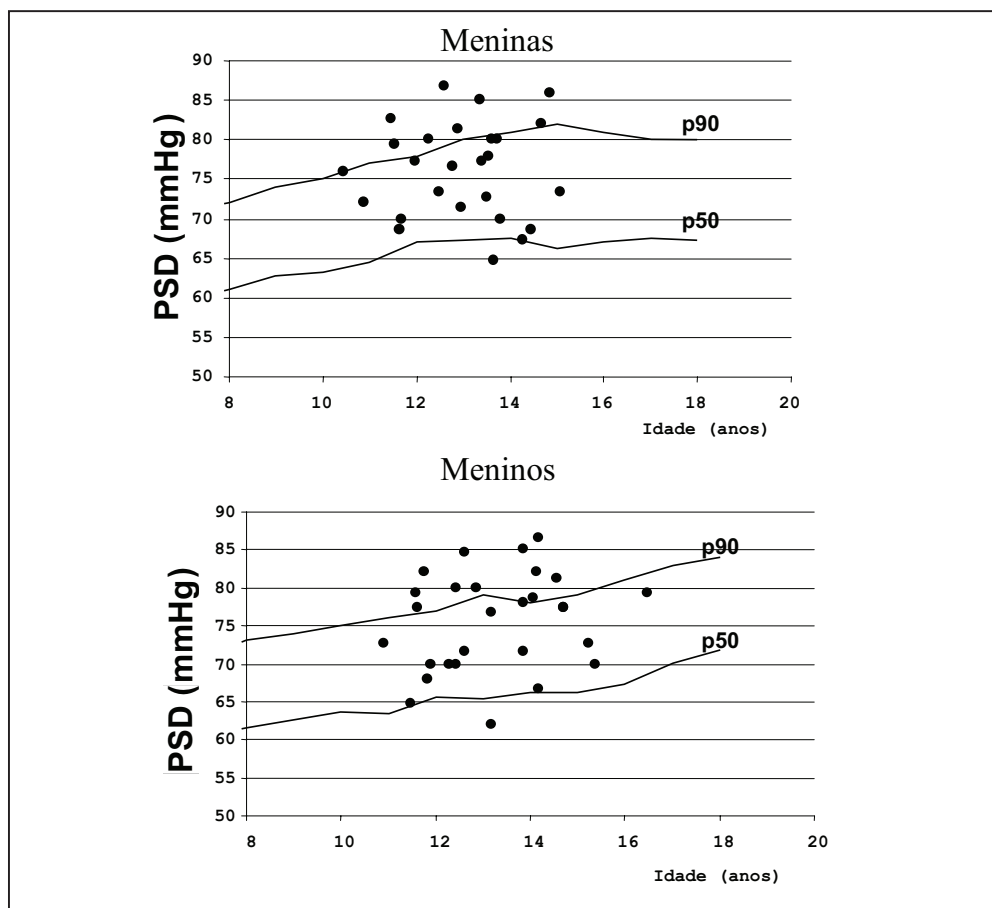
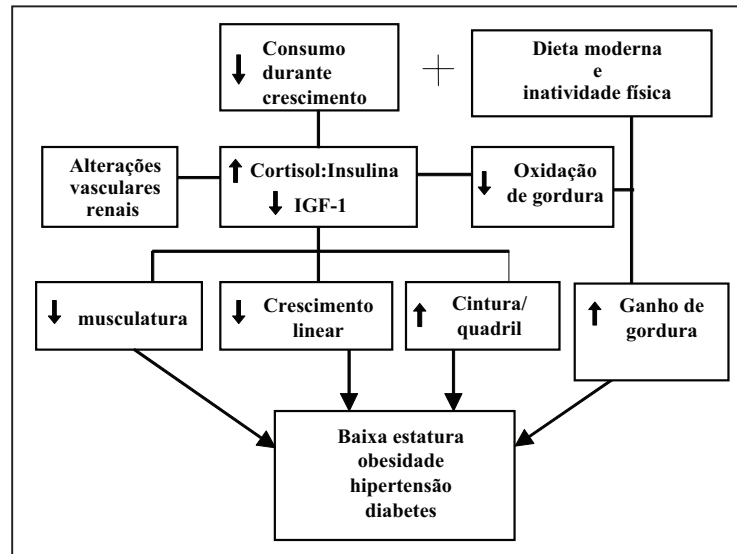


Gráfico 5 – Pressão sanguínea diastólica de adolescentes moradores em favelas.

O que acontece após a recuperação nutricional?

Se é feito o tratamento adequado da desnutrição em hospital-dia, as crianças em estado mais grave recuperam-se mais rapidamente, sua curva de crescimento acelera-se. Seu potencial de crescimento fisiológico registra que elas precisam “se apressar” e recuperar a estatura. De fato, no CREN as crianças recuperam mais rapidamente a estatura do que o peso. Temos encontrado recuperação de cerca de um desvio-padrão entre aquelas com desnutrição mais grave. Outro dado importante é que as crianças com baixo peso ao nascer costumam se recuperar até melhor do que as demais; o organismo está preparado potencialmente para recuperar o que foi perdido no início da vida, na desnutrição intra-uterina. Os gráficos 6 e 7 mostram o padrão médio de recuperação que encontramos.



Quadro 3 – Associação entre baixa estatura, obesidade, hipertensão e diabetes.

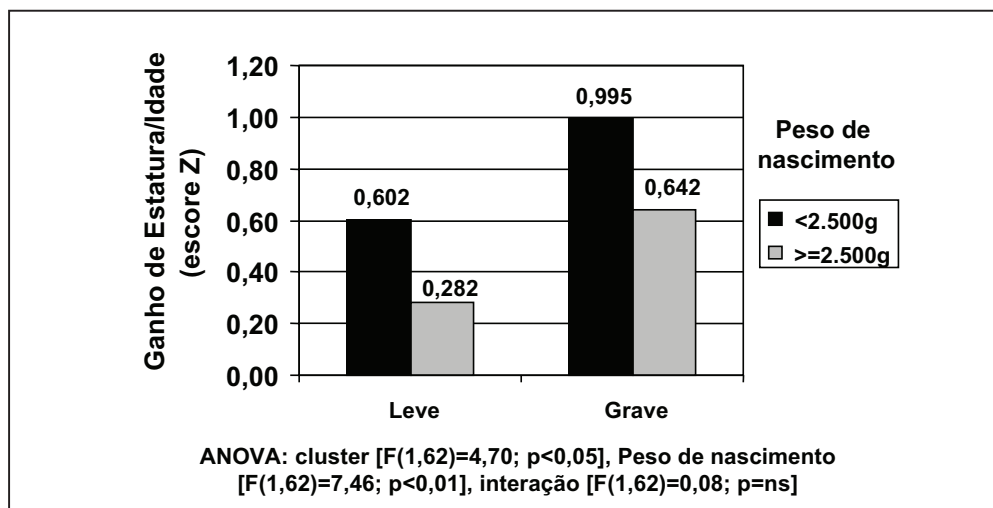


Gráfico 6 – Recuperação de estatura de crianças desnutridas atendidas pelo CREN.

Recentemente, estudando as crianças que saíram do CREN e se recuperaram da desnutrição, verificamos composição corporal normal, ao contrário do observado nas crianças desnutridas nunca tratadas e que permaneceram com estatura baixa ao longo da infância e até a adolescência. Nas meninas recuperadas, a massa magra e a massa de gordura corporal estavam semelhantes ao que foi constatado no grupo controle, composto por crianças que nunca tinham sido desnutridas; também a densidade mineral óssea havia se recuperado e normalizado. Nos meninos, a composição corporal estava normal, embora seus valores fossem inferiores aos das crianças do grupo controle; a densidade mineral óssea também havia se normalizado (Neves et al., 2006).

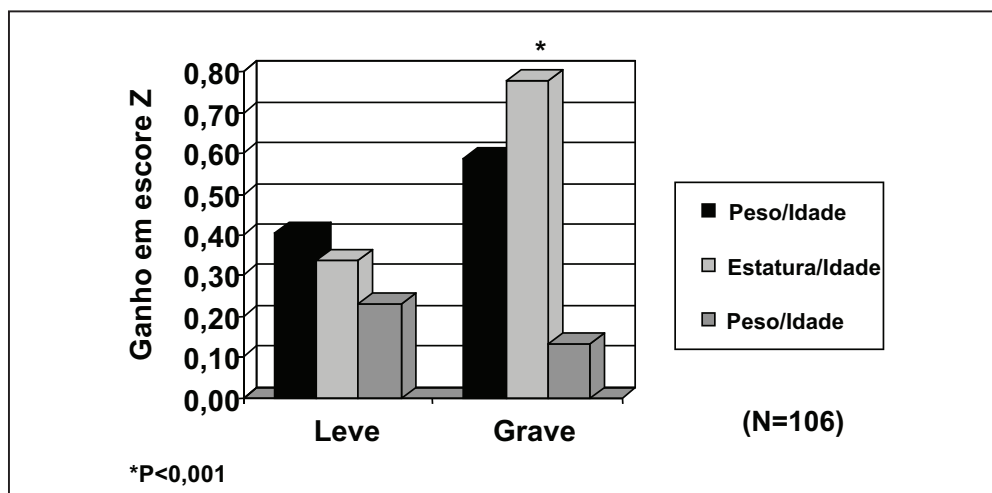


Gráfico 7 – Recuperação de estatura e peso em crianças desnutridas atendidas no CREN.

Esses resultados são muito importantes, pois mostram que a recuperação de estatura promove uma normalização da composição corporal, evita o acúmulo de gordura descrito anteriormente e, portanto, diminui o risco de doenças crônicas na vida adulta para crianças que foram desnutridas.

Nossa proposta para enfrentar a desnutrição no Brasil se organiza em três grandes linhas. A primeira diz respeito à formação e educação para o combate à desnutrição, com investimento nos profissionais e atores sociais já em atuação em organismos governamentais e privados – veículos de comunicação, ambulatórios, creches, centros de educação infantil, escolas etc. É nesses ambientes que é preciso atuar para tornar efetiva a educação nutricional. Em segundo lugar, é preciso criar centros de referência de educação e recuperação nutricional, de preferência vinculados a universidades locais, para promoção de cursos de formação profissional e de liderança comunitária, centralização e análise de dados e avaliação de programas de intervenção (o que tem sido feito de maneira muito irregular no país). Esses centros teriam também ambulatórios especializados, com sistema de interconsulta (incluindo médicos e nutricionistas). Com esse tipo de experiência temos constatado resultados muito melhores em curto espaço de tempo, e com boa relação custo-benefício. Em terceiro lugar, é preciso criar também hospitais-dia para tratamento da desnutrição, com financiamento do SUS, estrutura semelhante às creches ou à pré-escola e acompanhamento multidisciplinar realizado por pediatras, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. Essas equipes poderiam servir a mais de uma unidade de saúde (Sawaya et al., 2003).

A origem dessas propostas é o trabalho realizado no CREN. Temos verificado que uma única estrutura é capaz de desenvolver uma cultura nova de combate à desnutrição na área em que atua. O CREN, localizado no bairro de Vila Mariana, em São Paulo, atende diretamente mais de 1.300 crianças por ano, e um dos aspectos mais importantes do projeto é a formação de profissionais – por

exemplo, para programas de saúde da família. Com um único centro foi possível dar à desnutrição uma abordagem focalizada, a um custo factível e de maneira muito mais efetiva do que se se tratasse de uma estrutura não expressamente identificada com os problemas da alimentação e da nutrição.

O professor José Eduardo Dutra de Oliveira, membro do Grupo de Estudos sobre Nutrição e Pobreza do IEA, gosta de dizer: “Nós precisamos *desmedicalizar* o problema da alimentação e da nutrição, precisamos dar a ele uma dignidade específica”. A relação custo-benefício se tornará muito mais proveitosa.



Fotos Ana Paula Sawaya



No CREN, toda a educação nutricional é feita por meio de atividades práticas, de vivências culinárias e oficinas de manipulação de alimentos, com as crianças e seus pais. Os sinais vitais são medidos diariamente nas crianças tratadas em hospital-dia. É fundamental agir rapidamente para evitar o dispêndio energético causado pelas infecções, caso contrário a criança passa dois, três, às vezes quatro meses até recuperar o peso perdido, o que pode prejudicar também o crescimento em estatura.

Referências bibliográficas

DANNER, D. D. et al. Positive emotions in early life and longevity: findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, v.80, p.804-13, 2001.

FLORENCIO, T. T. et al. Short stature, obesity and arterial hypertension in a very low income population in North-eastern Brazil. *Nutrition, Metabolic and Cardiovascular Diseases*, v.14, p.26-33, 2004.

MARQUES, E.; TORRES, H. *Segregação, pobreza e desigualdades sociais*. São Paulo: Senac, 2005.

NEVES, J. et al. Malnourished children treated in day-hospital or outpatient clinics exhibit linear catch-up and normal body composition. *Journal of Nutrition*, v.136, p.648-55, 2006.

ROSMOND, R. The glucocorticoid receptor gene and its association to metabolic syndrome. *Obesity Research*, p.1078-86, 2002.

SAWAYA, A. L. et al. Mild stunting is associated with higher susceptibility to the effects of high fat diets: Studies in a shantytown population in São Paulo, Brazil. *American Society for Nutritional Sciences*, v.128, p.415S-420S, 1998.

_____. Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. *Estudos Avançados*, Brasil, v.17, n.48, p.21-44, 2003.

STEPTOE, A. et al. Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *PNAS – Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, v.102, n.18, p.6508-12, 2005.

RESUMO – POBREZA e desnutrição estão presentes em alta prevalência em favelas. Essa situação está associada a condições insalubres de moradia e baixa estatura. Estudos em adolescentes com baixa estatura mostraram suscetibilidade aumentada a ganho de gordura na região central do corpo, diminuição da oxidação de gordura corporal e do gasto energético e aumento da pressão sangüínea, assim como alterações no metabolismo da glicose e da insulina, todos fatores associados à ocorrência de doenças crônicas na vida adulta. Recuperação nutricional adequada, realizada em centros de recuperação nutricional, pode reverter as alterações observadas na composição corporal.

PALAVRAS-CHAVE: Desnutrição, Pobreza, Obesidade, Diabetes, Hipertensão, Recuperação nutricional.

ABSTRACT – POVERTY and malnutrition are still very high in slums. This condition is associated with poor sanitation and stunting. Studies in adolescents with stunting showed, high susceptibility to gain central fat, lower fat oxidation, lower energy expenditure, higher blood pressure and impaired insulin production, all factors linked with cronic diseases later in life. Adequate nutritional recovery in nutritional rehabilitation centres can revert the alterations in body composition.

KEYWORDS: Malnutrition, Poverty, Obesity, Diabetes, Hypertension, Nutritional recovery.

Ana Lydia Sawaya é fisiologista, professora associada do Departamento de Fisiologia da Unifesp, presidente do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN), coordenadora do Grupo de Estudos de Nutrição e Pobreza do Instituto de Estudos Avançados da USP, membro da força-tarefa Diet, Nutrition and Long Term Health/IUNS (International Union of Nutritional Sciences). @ – anafisi@ecb.epm.br

Recebido em 15.5.2006 e aceito em 16.6.2006.

3 DIRETRIZES PARA PROMOVER A BOA ALIMENTAÇÃO E COMBATER A POBREZA – O PAPEL DA GESTÃO E DA ACADEMIA

Em 2007, o GPNP promoveu aproximação entre instituições financiadoras de projetos sociais, promotores de políticas públicas, representantes governamentais e acadêmicos, visando ao enriquecimento mútuo e à definição de diretrizes e estratégias futuras em favor da promoção da alimentação saudável, boa nutrição e combate à pobreza.

A oficina “Estratégias Sociais em Nutrição, Educação e Combate à Pobreza”, realizada em maio de 2007, teve como objetivo a troca de experiências entre esses atores.

Os registros em vídeo do encontro estão disponíveis abaixo:

Oficina Estratégias Sociais em Nutrição, Educação e Combate à Pobreza

Vídeo: [Parte 1](#) [Parte 2](#) [Parte 3](#) [Parte 4](#) [Parte 5](#)

Para adensar a reflexão sobre os desafios da pobreza e subsidiar a gestão de políticas públicas sobre a questão, foi realizado, em maio de 2010, o seminário “O Direito à Alimentação: o Papel das Universidades”, que reuniu educadores, pesquisadores e representantes do Ministério da Saúde, do Desenvolvimento Social e das ONG Ação Educativa e Centro de Recuperação e Educacional Nutricional (Cren).

O registro desse seminário está disponível em:

Educação para a Nutrição e para o Combate à Pobreza

Vídeo: [Parte 1](#) [Parte 2](#)

Neste capítulo, estão reunidos os artigos publicados na revista Estudos Avançados, volume 21, número 60, 2007, na seção “Alimentação e Educação II”, por integrantes do GPNP, oriundos do seminário, e no dossiê “Nutrição e Pobreza”, publicado na revista Psicologia USP, volume 19, número 4, 2008.



Renato Maluf, Mariangela Belfiore Wanderley e Semíramis Domene no seminário “O Direito à Alimentação: o Papel das Universidades” | Foto: Mauro Bellesa/IEA-USP

Deficiências de minerais

SILVIA MARIA FRANCISCATO COZZOLINO

NESTE ARTIGO, procuramos resumir os resultados de pesquisas com micronutrientes que temos desenvolvido na Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP nos últimos vinte anos. Tentaremos também comentar rapidamente alguns problemas nutricionais em âmbito mundial e no Brasil, e apresentar recomendações especiais em relação a ferro, zinco, cálcio e selênio. Por fim, gostaríamos de propor algumas soluções para a melhoria das condições de nutrição no país.

Como já foi dito, de acordo com as previsões, até 2020 ainda teremos altos índices de desnutrição; embora a projeção aponte para uma redução, essa será de apenas 15% em relação aos índices de 1995. A deficiência de micronutrientes, mesmo sendo de fácil solução, ainda é problema para cerca de dois milhões de indivíduos. O sobrepeso e a obesidade já atingem cerca de 250 milhões de adultos, e esse número está aumentando. A deficiência de ferro é um dos principais fatores que levam à anemia, atingindo 46% das crianças e 48% das gestantes em âmbito mundial, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). A deficiência de vitamina A, embora do ponto de vista de sua gravidade tenha diminuído, ainda atinge entre 240 e 250 milhões de pré-escolares. Quanto à deficiência de iodo, graças à fortificação do sal de cozinha, essa não tem sido de grande monta no Brasil; entretanto, hoje está emergindo o problema oposto, ou seja, o do excesso, ocasionando distúrbios na glândula tireóide. Esse fato advém principalmente do aumento do consumo de sal, verificado nos últimos levantamentos de consumo alimentar. Também o selênio – cujo consumo é muito baixo em determinadas regiões do Brasil – está estreitamente relacionado com a função da tireóide, pois participa da deiodinação da tiroxina (T_4) para tri-iodo tironina (T_3), o hormônio mais ativo dessa glândula.

Pesquisas recentes mostram, contudo, que a desnutrição materno-infantil tem grande ligação com as doenças crônicas não-transmissíveis. Atualmente estão sendo estudadas as repercussões da alimentação da mãe sobre o útero, e os resultados têm mostrado que essa pode gerar mudanças na programação gênica, por influência dos nutrientes ingeridos. Por isso é muito importante pensar esse quadro como um todo e dar o máximo de ênfase à alimentação desde a fase intra-uterina.

O que podemos observar no Brasil? Deficiência de energia? Deficiência de proteínas? Deficiência de micronutrientes? Quais são as conseqüências das mudanças nos hábitos alimentares que temos verificado?

Com relação à energia, infelizmente é difícil assumir que existe deficiência e indicar em que proporção, pois os instrumentos de avaliação de que dispomos

são muito precários. A dificuldade é ainda maior quando os resultados são expressos quanto a “consumo médio” de uma população, inferência que sabemos ser muito pouco verdadeira. Esse é então um aspecto de grande importância quando se pretende propor ações estratégicas para melhoria das condições de alimentação e nutrição, e sem dúvida deveríamos estar à procura de biomarcadores mais sensíveis para essas avaliações.

Em relação às proteínas, segundo as últimas recomendações das Dietary Reference Intakes (DRI), elaboradas para as populações dos Estados Unidos e do Canadá, pode-se chegar até 35% do valor energético total da dieta, desde que em equilíbrio com os demais nutrientes que a compõem. Isso não significa que devemos ingerir mais proteínas; significa que, no cômputo geral de uma dieta, deu-se maior elasticidade a essa proporção, que anteriormente ficava entre 10% e 15%, percentual sempre ultrapassado quando avaliávamos as dietas como um todo. Tem-se discutido também qual a melhor proporção para carboidratos: 65% seriam o ideal? E seria adequado limitar os açúcares simples a 25% desse total?

Cada vez mais, o que os estudos têm buscado são padrões de composição de macronutrientes e micronutrientes que definam uma alimentação balanceada.

Quanto às mudanças de hábitos alimentares, o que temos visto – e isso foi tratado por nossas colegas de mesa – é que as pessoas que moram em favelas tendem a comer mais produtos industrializados. E qual é o impacto dos novos alimentos que chegam ao mercado, desses alimentos ditos funcionais, da propaganda que os acompanha? Que importância têm? Como corrigir eventuais distorções? Se o que queremos alcançar for uma alimentação adequada, que reduza os riscos de doença, que rumos devemos tomar?

Em relação aos micronutrientes, no Brasil o maior problema ainda é a anemia por deficiência de ferro (ferropriva). Quanto à vitamina A, ainda encontramos deficiência em algumas regiões. O problema do iodo, do ponto de vista de deficiência, tem sido minimizado graças à fortificação do sal de cozinha. Sobre o zinco, dados de avaliação nutricional de grupos específicos de nossa população mostram deficiência. O selênio é deficiente em algumas regiões, e a ingestão de cálcio é muito reduzida, considerando os valores preconizados.

Avaliação do consumo de minerais em dietas brasileiras, realizada mediante análise laboratorial dos minerais presentes em alimentos das diferentes regiões do país, preparados de acordo com as formas habituais, mostra que nossa ingestão de cálcio gira em torno de 300/500 mg por dia, quando as atuais recomendações DRI estão por volta de 1.000 mg para a população adulta. O consumo de sódio, muito alto, chega a ser mais de cinco vezes superior ao recomendado. O excesso de sódio também pode interferir no aproveitamento do cálcio. A ingestão de magnésio fica abaixo, mas em algumas regiões mantém um nível limítrofe. Em relação ao ferro, embora alguns grupos ingiram a quantidade recomendada, sua biodisponibilidade em dietas brasileiras é baixa; a recomendação atual de ferro é de 8 mg para homens e de 18 mg para mulheres em idade fértil. A ingestão

de zinco é limítrofe para determinados grupos da população e bem baixa para outros – por exemplo, os idosos; alguns desses resultados foram confirmados pela associação com parâmetros bioquímicos dos indivíduos pertencentes a tais grupos. A ingestão de cobre também é limítrofe. A de selênio varia segundo a região; no Brasil, as regiões de São Paulo e Mato Grosso são as de menor concentração de selênio no solo e onde se constata a maior deficiência alimentar desse nutriente (Tabela 1).

Considerando os dados avaliados de consumo de minerais em diferentes grupos de crianças, observamos que a ingestão de cálcio e de ferro é baixa, a de sódio é alta, a de magnésio e zinco é limítrofe e a de selênio varia de acordo com a região geográfica (Tabela 2).

Dados da literatura nacional indicam que a prevalência de anemia é da ordem de 50%. Entretanto, segundo dados da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), esse índice pode chegar a 80% para determinados grupos. O feijão e as carnes são as nossas principais fontes de ferro. A biodisponibilidade do ferro na dieta brasileira média gira em torno de 1% a 7%. Sabemos que a melhor fonte é a de ferro hemínico, ou seja, as carnes, e por isso se verifica aquela alta incidência.

Quanto ao zinco, resultados de pesquisas do nosso laboratório mostram que crianças diabéticas e obesas apresentam uma distribuição bastante prejudicada em relação a ele. Em 48% das crianças obesas, a concentração de zinco no plasma foi inferior ao padrão de referência de 75/110 $\mu\text{g}/\text{dL}$ (para alguns autores, a referência é 70/110 $\mu\text{g}/\text{dL}$), enquanto em apenas 9,5% das crianças normais o nível estava baixo. Em relação à concentração no plasma de crianças com síndrome de Down, constatamos grande variabilidade. Outros grupos têm apresentado sistematicamente valores limítrofes ou baixos. Considerando o grupo de idosos, todos os indivíduos apresentavam concentrações plasmáticas abaixo do recomendado, com média de 68 $\mu\text{g}/\text{dL}$. Em adultos normais, a variação encontrada foi de 58 a 109 $\mu\text{g}/\text{dL}$, com média de 78 $\mu\text{g}/\text{dL}$, porém vários estavam abaixo, enquanto outros apresentaram níveis mais próximos do recomendado.

A avaliação da concentração nos eritrócitos é também um parâmetro que utilizamos para avaliação do estado nutricional relativo ao zinco. Em algumas situações, como a síndrome de Down e a insuficiência renal crônica (IRC), encontramos valores médios mais altos, mostrando que em algumas doenças, principalmente naquelas relacionadas à deficiência de ferro, observam-se concentrações mais altas desse nutriente nos eritrócitos – e esse é um dado interessante, que precisamos pesquisar melhor.

Os valores de referência para zinco no eritrócito vão de 40 a 44 $\mu\text{g}/\text{g Hb}$. No grupo de idosos encontramos valores próximos dos 40 $\mu\text{g}/\text{g Hb}$. Os demais grupos estudados – adultos normais; adolescentes obesas; crianças e adolescentes normais; pré-escolares – também apresentaram valores mais baixos.

Tabela 1 – Minerais em dietas brasileiras

Minerais Dietas	Ca (mg)	Na (g)	Mg (mg)	Fe (mg)	Zn (mg)	Cu (mg)	Se (µg)	Referência
Nordeste	440	nd	nd	16,7	8,1	nd	nd	Pedrosa & Cozzolino
Manaus – AM	438	3,5	252	11,2	8,7	1,13	98	Yuyama & Cozzolino
Santa Catarina I	287	2,0	158	6,4	5,2	0,69	55,3	Tramonte & Cozzolino
Santa Catarina II	508	3,6	122	11,6	9,8	1,21	114,5	Tramonte & Cozzolino
Cuiabá - MT	356	nd	192	12,5	9,9	1,12	60,0	Boaventura & Cozzolino
São Paulo – idosos	377	1,2	nd	5,2	3,5	0,32	30,0	Cordeiro & Cozzolino
São Paulo – adultos	636	3,7	nd	19,0	11,6	nd	53,0	Mafrá & Cozzolino
São Paulo I AG	525	nd	313	15,8	10,4	1,46	36,0	Favaro & Cozzolino
São Paulo II APG	1069	nd	nd	10,8	11,0	0,91	18,5	Harada & Cozzolino
DRI	1000	0,5	320-420	8-18	8-11	0,9	55	NRC

nd = não-determinado.

DRI = Dietary Reference Intake (IOM 1997, 2000, 2002).

AG = alunos de graduação.

APG = alunos de pós-graduação.

Tabela 2 – Minerais em dietas brasileiras – Crianças

Minerais	Ca (mg)	Na (mg)	Mg (mg)	Fe (mg)	Zn (mg)	Se (µg)	Referência
Crianças 4-6 anos	162 84,4-263	2083 1925-2274	119 86-210	7,0 5,4-8,2	4,4 2,9-6,0	12,9 5,6-17,2	Chicourel, Fisberg & Cozzolino
Crianças 4-6 anos	458 322-596	2137 1869-2410	122 107-152	8,3 5,0-12,3	6,0 4,5-7,3	17,9 12,4-21,0	Chicourel, Fisberg & Cozzolino
Crianças 4-6 anos	311 228-391	1746 1142-2212	117 86-151	5,0 3,3-6,7	5,0 3,3-7,7	9,1 7,0-13,4	Chicourel, Fisberg & Cozzolino
Crianças 3-7 anos	438 241-777	1502 872-2407	nd	5,3 4,2-7,5	4,8 3,3-7,4	26,3 15,9-39,7	Michelazzo, Fisberg & Cozzolino
DRI	1-3a = 500 4-8a = 800	2-9 anos 300-400	120	10	5,0	20	

DRI = Dietary Reference Intakes.

Para avaliar a biodisponibilidade de zinco na nossa dieta e testar a hipótese de que seria baixa, recorreremos a tecnologia mais precisa, com uso de isótopos estáveis. Embora os resultados tenham sido bastante variáveis de um indivíduo a outro – o grupo era composto de dezoito adultos jovens do sexo masculino –, os valores encontrados foram os mesmos que observamos na literatura, da ordem de 30%. Assim, o problema do zinco não é um problema de biodisponibilidade na dieta brasileira.

Em relação ao selênio, o alimento mais rico é sem dúvida nenhuma a nossa castanha-do-pará, ou castanha-do-brasil, que contém, por grama, de 25 a 49 µg/Se. Há dois anos fizemos um levantamento de selênio no território nacional, analisando o feijão, a carne bovina, a água e o solo. Vejamos as diferenças: no Ceará,

por exemplo, o feijão tem 1,2 µg de Se/g; em São Paulo, tem 0,016 µg de Se/g. Portanto, percebe-se que o teor de selênio é influenciado pelo meio ambiente em que a planta cresce. Se pegássemos uma tabela de composição de alimentos e quiséssemos calcular quantas pessoas estão ingerindo selênio, teríamos níveis de ingestão completamente diferentes no Ceará e em São Paulo. Com a globalização, esse cálculo se torna mais difícil ainda, pois não temos como precisar que tipo de feijão as pessoas estão consumindo, qual a sua origem e que tabela está sendo utilizada.

Analisando os parâmetros bioquímicos relativos ao selênio obtidos para certos grupos da população brasileira, observamos valores abaixo da média referida na literatura. Por sua vez, em estudo que realizamos em Macapá, onde a farinha de castanha-do-brasil é utilizada na merenda escolar, observamos que todos os parâmetros bioquímicos analisados em crianças estavam muito acima dos valores de referência, indicando a necessidade de cuidado quanto aos possíveis efeitos adversos – o selênio é tóxico em doses elevadas, acima de 400 µg ao dia. Após a conclusão do estudo, recomendamos à prefeitura de Macapá a redução do uso daquela farinha.

A toxicidade do selênio está associada a fragilidade, perda de cabelo e unha, irritabilidade, fadiga, aborto e infertilidade. Entretanto, a deficiência também deve ser avaliada, pois, embora esse nutriente tenha sua principal função ligada à atividade antioxidante, também pode haver interferência no metabolismo da glândula tireóide, uma vez que ele é essencial à atividade da deiodinase tipo II, que transforma os hormônios T_4 em T_3 (mais ativo). Deve-se considerar ainda que em regiões onde há deficiência de iodo, se ocorrer também deficiência em selênio, as desordens provocadas por essas deficiências serão mais graves.

Considerações finais

Que perspectivas temos para o futuro quanto às condições de nutrição no país?

Antes de tudo, é preciso melhorar a compreensão da população sobre a importância dos alimentos e nutrientes para a saúde, por meio de educação nutricional em todos os níveis. É necessário divulgar melhor a importância das informações nutricionais contidas no rótulo dos alimentos processados, principalmente para evitar o consumo excessivo de alimentos altamente calóricos.

É preciso também orientar a população sobre a associação entre dieta saudável e prática de atividade física. No sedentarismo, para manter o peso o indivíduo deverá ingerir menos calorias, o que poderá levar à deficiência de micronutrientes; já com a prática de atividade física, necessita-se ingerir mais alimentos e, com esses, mais micronutrientes. A escolha dos alimentos sem dúvida é o ponto crucial; o consumo de alimentos mais ricos em micronutrientes deve merecer ênfase. Como observado antes, um dos principais problemas que vêm sendo constatado nas favelas é o consumo excessivo de açúcar e gordura, que são alimentos altamente calóricos e que praticamente não contêm micronutrientes.

Foto Agência France Presse



O sobrepeso e a obesidade já atingem cerca de 250 milhões de adultos no mundo inteiro.

No campo da saúde pública, as estratégias podem se basear no próprio alimento, ou seja, na fortificação, na suplementação múltipla com micronutrientes, em práticas como aleitamento materno, imunização etc., no estímulo a hortas domésticas e mesmo na engenharia genética, ao lado de medidas sociopolíticas e ambientais.

Normalmente a fortificação se aplica quando determinado nutriente é deficiente para um grande número de pessoas. A suplementação é adotada quando grupos específicos mostram deficiência maior em determinado nutriente – por exemplo, suplementação para gestantes, crianças ou idosos. No Brasil, temos iodo no sal, suplementos de vitamina A, fortificação de margarina com vitamina A e D, água adicionada de flúor em algumas regiões e, mais recentemente, a obrigatoriedade da adição de ferro e ácido fólico nas farinhas de trigo e milho.

Quando se pensa em programas de intervenção, é indispensável prestar atenção às interações entre nutrientes. O excesso de determinado nutriente pode interferir na absorção de outro. A ocorrência de interações entre alimentos nas dietas é menos provável do que naquelas situações em que se introduz um composto químico isolado, por exemplo, numa solução aquosa.

Lembremos que o desenvolvimento de suplementos alimentares tem se dado de forma intensa, motivado pelo estudo dos alimentos funcionais, que poderiam reduzir o risco de doenças crônicas não-transmissíveis. Assim, hoje existe no mercado uma grande variedade de produtos com diferentes texturas e sabores que levam as pessoas a gostar deles. Há um uso crescente de novos ingredientes, e isso poderia modificar a quantidade de micronutrientes que ingerimos. Precisamos acompanhar essas tendências e avaliá-las.

Outro aspecto atual é a biofortificação. A Embrapa vem desenvolvendo produtos como feijão mais rico em ferro e outros alimentos que poderiam, por meio de engenharia genética, complementar as intervenções nutricionais. Essa seria uma estratégia que futuramente poderia ser utilizada.

Em relação aos suplementos medicamentosos, é preciso estabelecer as necessidades de cada indivíduo, fazer avaliações de segurança, elaborar estimativas de exposição e criar mecanismos de monitoramento da intervenção. Esse é um tema bastante importante e atualmente muito debatido. Em maio de 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Food and Agriculture Organization (FAO) promoveram um *workshop* em que se discutiu como avaliar o risco de exposição das pessoas às altas doses de nutrientes, especialmente via suplementos. É muito difícil determinar quantas delas estão chegando aos limites máximos toleráveis. Em geral, as pessoas mais preocupadas com a própria saúde são aquelas que procuram se informar melhor, que compram alimentos fortificados em maior quantidade e que fazem uso de suplementos. Esses aspectos devem também ser considerados, para evitar risco de ingestão excessiva.

Bibliografia

IOM – Institute of Medicine. *DRI – Dietary Reference Intakes: for Calcium, Phosphorus, Magnesium, Vitamin D, and Fluoride*. Washington, DC: National Academy Press, 1997. 432p. Disponível em: <<http://www.nap.edu>>.

_____. *DRI – Dietary Reference Intakes: A risk assessment model for establishing upper intake levels for nutrients*. Washington, DC: National Academy Press, 1998. 71p. Disponível em: <<http://www.nap.edu>>.

_____. *DRI – Dietary Reference Intakes: for Vitamin C, Vitamin E, Selenium and Carotenoids*. Washington, DC: National Academy Press, 2000. 506p. Disponível em: <<http://www.nap.edu>>.

_____. *DRI – Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium and Zinc*. Washington, DC: National Academy Press, 2002. Disponível em: <<http://www.nap.edu>>.

WHO-FAO. *Human Vitamin and Mineral Requirements*. Rome, 2002. 286p. Disponível em: <<http://www.fao.org/es/ESN/Vitrni/vitrni.htm>>.

RESUMO – Neste artigo procuramos relatar a situação mundial e brasileira com relação aos micronutrientes, em especial sobre os minerais. Os elementos químicos minerais desempenham funções de grande importância no organismo humano, sendo indispensáveis para o desenvolvimento e a saúde dos indivíduos. Ainda não existe uma avaliação global do estado nutricional dos indivíduos em relação a esses micronutrientes no Brasil, mas os estudos existentes apontam para a necessidade do acompanhamento das tendências alimentares que poderiam levar às suas deficiências com conseqüências adversas para a saúde da população e o desenvolvimento do nosso país.

PALAVRAS-CHAVE: Minerais, Estado nutricional, Fortificação, Suplementação.

ABSTRACT – In this paper we will try to report the Brazilian micronutrients status, as well as in worldwide, specifically for minerals. Minerals have major importance on human body, becoming indispensable for the development and health of individuals. There is not yet an integral assessment of micronutrient status in the Brazilian subjects, but there are some studies pointing to the need of observation of alimentary tendencies that might lead to deficiencies, with adverse consequences to the population's health and the development of our country.

KEYWORDS: Minerals, Nutritional status, Fortification, Supplement.

Silvia Maria Franciscato Cozzolino, nutricionista, é professora titular da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP, onde coordena o Programa de Pós-Graduação Inter-unidades de Nutrição Humana Aplicada (FCF/FEA/FSP-USP). É presidente da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição (Sban). @ – smfcozzo@usp.br

Recebido em 22.5.2006 e aceito em 10.7.2006.

Educação e direito à alimentação

JOSÉ EDUARDO DUTRA DE OLIVEIRA

A NUTRIÇÃO ou, em seu sentido mais amplo, as ciências nutricionais têm por objetivo estudar todos os mecanismos por meio dos quais os organismos vivos recebem e utilizam as substâncias nutritivas dos alimentos. Essa é uma área intersetorial e transprofissional. É biológica e social nos seus fundamentos e nas suas aplicações. Partindo dessas premissas, é preciso entender seus diferentes aspectos e a realidade na qual ocorrem os problemas nutricionais para que eles sejam solucionados; e é dentro dessa ampla perspectiva que queremos situar alguns dos nossos problemas alimentares e nutricionais, da segurança alimentar, da educação e do direito à alimentação.

A inter-relação da nutrição com a agricultura, a economia, a saúde, a educação, a cultura, a sociologia, a política, a psicologia etc. faz que o diagnóstico, os indicadores, o monitoramento e as soluções dos problemas nutricionais se tornem mais objetivos e efetivos. É muito importante para isso envolver interação e parcerias como aquelas propostas na oficina promovida em agosto de 2005 pelo Instituto de Estudos Avançados da USP, de modo a obter resultados objetivos e práticos para o benefício de todos.

A segurança alimentar e nutricional, por exemplo, bastante discutida na atualidade, deve ser entendida como a coordenação e a integração dos mecanismos governamentais e particulares que garantam a produção, a disponibilidade e o consumo diário e contínuo de alimentos, em quantidade e qualidade capazes de suprir todas as necessidades e o funcionamento normal do organismo humano. Infelizmente, sua importância e seu verdadeiro sentido não têm sido interpretados da mesma maneira por governantes, políticos, administradores, comunidades e, muitas vezes, nem mesmo no âmbito da comunidade acadêmica e científica. Existe, por exemplo, uma preocupação generalizada em garantir o combustível de automóveis, caminhões e máquinas em geral. Usa-se a gasolina, usa-se o álcool, mistura-se gasolina com álcool, sabe-se que as reservas existentes no país são suficientes para dois ou três meses, todos têm medo de falar em racionamento, monitora-se o consumo por máquina e por máquinas, por mês ou por ano. E em relação aos alimentos? O que se diz e o que se quer? Quanto se come e quanto se produz? Há preocupação com a segurança alimentar e o valor nutricional? Com a informação e a orientação sobre o assunto? E com o direito à alimentação?

A falta de conhecimento sobre alimentação e nutrição, sobre o seu papel para o desenvolvimento físico e mental e para a qualidade de vida tem justificado a pouca importância sobre o que se deve fazer para que todos possam ser bem alimentados – um direito humano básico e fundamental. Hoje, felizmente, o problema vem sendo discutido com mais seriedade, sob diferentes aspectos – bioló-

gicos, sociais, educacionais, econômicos. Espera-se que maiores conhecimentos e diagnósticos mais apurados da situação alimentar e nutricional levem a melhores soluções. Nesse contexto incluímos a segurança alimentar e nutricional.

A comida é o ponto de partida da cadeia alimentar, e é da agricultura que vêm os alimentos. A agricultura brasileira, como sabemos, vem batendo recordes de produção, exportação e comercialização de seus produtos. Mas é de lamentar que vai bem a agricultura de exportação, vai bem a agricultura do álcool combustível, porém alguém já ouviu falar em agricultura alimentar? A agricultura de alimentos ainda não conseguiu ganhar *status* e desempenhar o seu papel de garantir o necessário para a boa alimentação da população. A produção de nossos alimentos básicos – arroz e feijão, leite, verduras, carne, entre outros – tem recebido muito pouca atenção, e nem se fala dos insumos e das facilidades que recebem os produtos de exportação...

Os especialistas da área de alimentos, alimentação e nutrição são capazes de calcular as necessidades de alimentos de que necessita a nossa população (identificando-as inclusive por faixa etária, sexo, ocupação etc.) e podem apontar quais alimentos e em qual quantidade precisam ser produzidos para supri-las. Infelizmente não existe em âmbito nacional uma consciência, um organismo que coordene e integre a produção, a distribuição e o controle do consumo de alimentos. Ninguém é diretamente responsável pela alimentação nacional, e soluções para essa grave situação têm sido encaminhadas, na maioria dos casos, por programas assistencialistas e paternalistas: dar comida.

É possível até que o país se impressione quando são publicados dados sobre nossas alta mortalidade infantil, alta repetência escolar, baixa capacidade física de trabalhadores ou presença crescente de sobrepeso, obesidade, moléstias cardíacas, hipertensão, diabetes e até de certos tipos de câncer nas diferentes camadas da população – independentemente da situação econômica –, mas ninguém relaciona direta ou indiretamente essas ocorrências à alimentação.

O contraste entre dois sérios problemas nutricionais começa, entretanto, a chamar mais a atenção: o primeiro, o da fome e da subnutrição; o segundo, o do sobrepeso e da obesidade. E são de fato problemas diretamente relacionados à alimentação. O primeiro, por falta de comida; o segundo, por se comer em excesso. Em ambos, come-se mal.

O que estão comendo e o que deveriam comer diariamente os brasileiros? Leite, carne, ovos, arroz, feijão, verduras, frutas. E em que quantidade e de qual qualidade? Na medida adequada para garantir os valores nutricionais desejáveis?

De modo geral, estamos comendo menos arroz e feijão, o que é ruim, pois, juntos, eles têm um valor nutritivo muito bom e têm sido, por dezenas de anos, fontes de energia e proteínas, responsáveis pela sobrevivência dos brasileiros. Comemos poucas verduras e frutas e estamos aumentando o consumo de produtos industrializados, freqüentemente muito ricos em energia e com excesso de gordura. Estamos ficando gordos e malnutridos! O país passa por

uma situação de transição nutricional. A subnutrição, a falta de comida, a fome ainda estão presentes em muitos lugares, enquanto o aumento gradativo de peso, de uma forma generalizada e preocupante, tem sido também detectado em diversas partes do Brasil, e isso tanto nas camadas mais ricas da população quanto nas mais pobres. Fenômeno semelhante já ocorreu em países ricos e industrializados, e nós não aprendemos a lição. Nos Estados Unidos e, em menor grau, em alguns países da Europa, de 30% a 40% da população têm peso acima do desejável, e há projeções de que esse número possa chegar a mais de 80%, se medidas preventivas de educação alimentar não forem implementadas. Vale assinalar que nesses países, por décadas, os programas de alimentação foram basicamente assistencialistas e paternalistas, baseados em distribuição de alimentos. É o que nós também fizemos e continuamos indiscriminadamente a fazer, e por certo também pagaremos pelas conseqüências.

Essa realidade – a desnutrição, a má nutrição de pobres e ricos, a falta de comida para uns, o excesso para outros – nos obriga a procurar entender melhor a problemática inter e transprofissional da alimentação e da nutrição, e é nesse ponto que a segurança alimentar encontra o seu papel. Mas é a segurança dos alimentos ou da alimentação? Ou de ambos?

Segundo a Food and Agriculture Organization (FAO), deve-se entender segurança alimentar como a obtenção de uma disponibilidade nacional de alimentos – disponibilidade suficiente, estável, autônoma e sustentável no longo prazo, e de acesso universal – necessários para o desenvolvimento das potencialidades biológicas e intelectuais de todas as pessoas. O Banco Mundial, também preocupado com a segurança alimentar, acrescenta especificamente ao conceito de acesso universal aos alimentos a idéia de que ele seja fundamental para uma vida ativa e saudável.

Certamente o objetivo final do conceito de segurança alimentar mundial é garantir a todas as pessoas o acesso físico, consciente e econômico, a alimentos que incluam todos os nutrientes vitais ao funcionamento normal do organismo. A segurança alimentar se fundamenta então em três aspectos básicos: 1. na produção de alimentos; 2. na estabilidade do fluxo desses alimentos; 3. na garantia aos indivíduos de acesso e consumo dos alimentos de que necessitam. Ela deve incluir necessariamente a cadeia alimentar, começando com a produção de alimentos biológica e nutricionalmente saudáveis, passando pelo abastecimento, o armazenamento e a comercialização, oferecendo condições higiênicas básicas para a sua preparação e consumo, tendo como resultado final uma boa ou má nutrição. É evidente que cada um desses aspectos tem as suas variáveis e deve obedecer a processos e princípios científicos necessários ao funcionamento do sistema orgânico, e que garantirão a boa nutrição.

Nessa cadeia alimentar, aspectos nutricionais, biológicos, econômicos e políticos são de capital importância, assim como ações educativas e de orientação das comunidades. Dispor de conhecimentos sobre a necessidade dos alimentos e sua produção para autoconsumo é tão fundamental quanto dispor de recursos

para comprá-los. Não se pode esperar que programas de doação de alimentos, de cestas básicas ou de dinheiro solucionem o problema diário e permanente da alimentação da população. “Natal sem Fome” não resolve o problema de ninguém... Esses recursos e campanhas devem ser utilizados, e continuarão a sê-lo, mas que o sejam somente em casos especiais e emergenciais.

Uma alimentação balanceada e saudável deve ser o objetivo básico dos programas de alimentação. Os padrões de comportamento alimentar incluem uma variedade de fatores, desde hábitos individuais, cultura, tradições, gosto, prazer e relações sociais, até o modo do seu preparo, o horário e o ambiente adequado às refeições, assim como a disponibilidade e a quantidade necessária dos alimentos. É nesse sentido que as informações a respeito deles – de suas características qualitativas, de seu conteúdo em nutrientes, de seus efeitos não só na saúde, mas na capacidade de trabalho, no aprendizado e em todas as funções orgânicas – têm enorme importância. Mais conhecimento e mais informações certamente ajudam a planejar adequadamente a boa alimentação.

Uma alimentação balanceada deve ser variada, incluindo diversos tipos de alimentos. Além de equilibrada em quantidade e qualidade, deve ser segura, sem contaminação físico-química, sem tóxicos, sem poluentes. Deve também ser segura do ponto de vista nutricional. Temos dito que um prato colorido, com alimentos de diversas cores, já garante a presença de um grande número de nutrientes necessários a uma boa nutrição. A apresentação e o sabor também colaboram para uma boa e saudável refeição. O processamento e a técnica culinária são outros pontos importantes; aquecimento a altas temperaturas e por longo tempo, por exemplo, destrói substâncias nutritivas, como algumas vitaminas.

Deve-se ainda dar às pessoas o direito de escolha do que vão comer, e também por isso é fundamental garantir informações e orientação sobre a necessidade e os efeitos dos alimentos, sobre a importância da alimentação no desenvolvimento físico e psíquico das crianças, no aprendizado, na capacidade de trabalho, no aumento das defesas contra doenças. É preciso falar e ensinar às pessoas que muitas das doenças ligadas à alimentação aparecerão somente na faixa dos 50-60 anos – como as do coração, a hipertensão, o diabetes e mesmo certos tipos de câncer –, mas que elas tiveram seu início praticamente desde o nascimento, estando direta ou indiretamente vinculadas ao tipo de alimentação, ao meio ambiente e à genética.

É preciso nunca esquecer que é a educação que vai garantir e promover uma boa alimentação. Informação, orientação e educação alimentar integram um processo que deve ser desenvolvido diariamente nas mais variadas condições, nas casas, na escola, no trabalho e em toda a comunidade. As pessoas estão diariamente envolvidas com o comer. Os meios de comunicação – rádios, jornais, TV – nos bombardeiam continuamente com propaganda de alimentos, mas não ensinam ou pouco nos dizem sobre o que deve ser uma boa alimentação. Ao mesmo tempo, o estilo de vida atual favorece o sedentarismo e a falta de atividade física, que negativamente influenciam a boa nutrição.

Inúmeros estudos no Brasil têm sido realizados sobre diferentes aspectos da alimentação e da nutrição. Muitas vezes são pontuais, fragmentados; outras vezes não têm continuidade, mas ainda assim nos trazem informações importantes sobre a situação alimentar e nutricional dos brasileiros. Um dos mais interessantes – o Estudo Nacional sobre Despesa Familiar (Endef) – foi realizado em 1974/1975 e levantou dados sobre o consumo de alimentos da população brasileira, trazendo informações que justificavam a alta incidência da desnutrição protéico-calórica encontrada em determinados grupos populacionais e em diversas partes do país.

Quinze anos depois, em 1989, o Ministério da Saúde realizou um levantamento sobre o estado nutricional de crianças, adultos e idosos, a chamada Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN). Verificou-se uma tendência à redução dos índices de desnutrição infantil, mas também um quadro nutricional complexo, com evidentes diferenças regionais. Um mapa da fome, contendo estimativas das famílias brasileiras em situação de pobreza extrema, mostrava que mais de trinta milhões de brasileiros viviam nessa condição. Note-se que estabelecer a “linha de indigência” pelo custo de uma cesta básica de alimentos tem sido bastante questionado. Esse indicador, a renda, continua a ser apontado quase sempre como o principal responsável pela má alimentação dos pobres. É preciso ter claro, entretanto, que, embora pouco citada, a educação também o é, e precisa ser reconhecida como tal. A desnutrição nas camadas ricas mostra isso: há muita gente que tem dinheiro para comprar comida e come mal, pouco sabe sobre alimentação; conseqüentemente, são pessoas desnutridas.

Indicadores usados há bastante tempo – como disponibilidade de alimentos, poder de compra do salário mínimo, perfil de consumo alimentar por faixa etária, incidência de baixo peso, sobrepeso e obesidade, peso e altura de crianças abaixo de cinco anos – confirmam a presença da desnutrição no país. Alguns estudos chegaram a utilizar mais de quarenta índices para mostrar a má nutrição. O excesso de peso, por exemplo, começou a ser demonstrado no país como um problema de nutrição pública há pouco mais de dez anos. Um estudo nutricional sobre mulheres de quinze a 44 anos, realizado por meio de entrevistas e com avaliação antropométrica de crianças menores de cinco anos, mostrou que a obesidade estava presente em 11% das mulheres e, ao mesmo tempo, um grande número de seus filhos tinha desnutrição crônica.

Um estudo multicêntrico conduzido em sete cidades de diversas partes do país pelo antigo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan), em 1996-1997, mostrou em detalhe o perfil do consumo de alimentos e a renda familiar de famílias brasileiras. Havia um baixo consumo energético nas faixas de renda *per capita* até um salário mínimo e risco de deficiência de macro e micronutrientes em famílias com renda de até dois salários mínimos.

Nos últimos anos, alguns outros indicadores sociais relacionados à alimentação têm sido bem caracterizados. Por exemplo, mostrou-se que mesmo entre indivíduos em situação de pobreza há renda suficiente para comprar determina-

da cesta de bens essenciais, se eles souberem o que precisam comer. Pelos critérios do programa Bolsa Família, “pobreza extrema” corresponde a uma renda *per capita* equivalente a um quarto de salário mínimo, e “pobreza” corresponde à renda *per capita* de meio salário mínimo. E bolsa ou dinheiro, sem educação, vai para o biscoito, o doce ou a pinga...

Outro aspecto importante da situação alimentar atual são os estudos sobre segurança alimentar e nutricional e sistemas de monitoramento alimentar e nutricional, os quais, reconhecendo a complexidade da problemática, têm gerado para a área de alimentação múltiplas informações sobre estado nutricional e a implementação de programas como o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). Esse programa coleta e segue dados antropométricos de crianças e gestantes atendidas em unidades de saúde. Já está implementado num grande número de municípios brasileiros e é, sem dúvida, um mecanismo importante no monitoramento do estado nutricional de mulheres em idade fértil e crianças de até cinco anos, tanto na zona urbana como na rural. Esse monitoramento deve permitir avaliar o efeito dos programas na alimentação e nutrição da população, assim como na produção, oferta e comercialização de alimentos. Necessário se faz que as pessoas o entendam e utilizem.

De qualquer maneira, vários são os programas de alimentação que estão em andamento no país, alguns vigentes há anos, como a Merenda Escolar, a Alimentação em Creches, a Alimentação do Trabalhador, a Bolsa Alimentação, agora incorporada à Bolsa Família, os Restaurantes Populares, os Bancos de Alimentos, os Cheques-Alimentação e outros. Embora especialmente os programas vigentes tenham acentuado sua função emancipadora e de cidadania, infelizmente a educação alimentar séria está longe de ser um de seus objetivos. A meta de dar comida ou de transferir renda prevalece sobre o direito e a necessidade de cada pessoa de se alimentar adequadamente todos os dias.

Por fim, cabe destacar a importância de reuniões nacionais sobre segurança alimentar e nutricional (incluindo indicadores, diagnósticos e programas), como as que foram recentemente realizadas em 2005, no Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo (IEA-USP) e no Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia, em Manaus – XXVI Consórcio das Instituições Brasileiras na Área de Alimentação e Nutrição. Tais reuniões têm colaborado para chamar a atenção para a alimentação e a nutrição. Mas, além do acesso a alimentos seguros e nutritivos, é preciso dizer que seja garantido o Direito à Alimentação, que se materializa no consumo diário e continuado de quantidade e qualidade dos alimentos necessários a uma alimentação e uma nutrição bem balanceadas e saudáveis.

Com bases nesses dados e fatos, é preciso chamar a atenção para o seguinte ponto: o problema básico da alimentação no Brasil é a falta de conhecimento, a ignorância, a falta de educação a respeito do assunto. Esse problema está presente em todos os níveis sociais, entre pobres e ricos. Para a sua solução, é fundamental a informação, a orientação, a educação, a mudança de comportamento no que diz respeito à alimentação. Ao lado e mesmo antes da Segurança dos Alimentos,

é preciso garantir o Direito à Alimentação, é preciso lutar pelo direito à educação e pelo consumo diário de uma Boa Alimentação. É preciso que os estudos sobre consumo de alimentos e sobre indicadores de estado nutricional incluam a percepção, os conhecimentos e os conceitos sobre alimentação, e que a implementação dos programas de alimentação inclua sempre informação, orientação e educação alimentar com alimentos seguros, balanceados e nutritivos.

Defendendo e respeitando o Direito Universal à Alimentação e adaptando os conceitos de Segurança Alimentar e Nutricional ao de Boa Alimentação, poderíamos dizer que: “Boa Alimentação significa garantir a todos as condições de acesso e consumo de diversos alimentos seguros em quantidades necessárias e de boa qualidade, de modo permanente e suficiente para atender aos requisitos nutricionais, com bases em práticas alimentares saudáveis, contribuindo assim para uma existência digna, num contexto de desenvolvimento integral do ser humano”.

E a educação tem de ser considerada um fator básico e fundamental de qualquer programa alimentar, ao lado de outros aspectos intersetoriais. É fundamental, por exemplo, uma produção sustentada de alimentos básicos e respeito aos hábitos alimentares da população. É preciso tratar e reconhecer assim a alimentação como um direito e um bem público. Obtenção, consumo, manutenção e universalização da Boa Alimentação são responsabilidade do Estado, da sociedade e de cada pessoa. A alimentação exige a articulação convergente de múltiplas áreas e ações políticas e administrativas, com participação e controles sociais.

Há que disponibilizar com a educação a possibilidade de uma boa alimentação necessária para todos, de uma maneira estável (não sujeita a flutuações sazonais, econômicas ou geopolíticas), autônoma (em que cada região possa garantir, ao menos, sua cesta básica típica), sustentável (preservando-se os recursos naturais para que as gerações vindouras também possam ter acesso a alimentos balanceados e saudáveis) e equitativa, garantindo-se a todos, sem discriminação, um bom estado nutricional. E a informação, orientação e correta e moderna educação alimentar são os pontos-chave para que tudo isso se materialize.

Concluindo, queremos reafirmar que a educação precisa ser considerada o fator fundamental para a boa alimentação, e que a segurança alimentar e nutricional é, ao lado da educação, outro fator muito importante para garantir o direito a essa alimentação. Conscientes disso, vamos nos unir e enfrentar o desafio de vencer a má alimentação e garantir uma alimentação balanceada e saudável para todas as pessoas.

RESUMO – A alimentação é um direito humano, dever do Estado e de cada pessoa em particular. A Alimentação e a conseqüente Nutrição são áreas sociais e biológicas em seus fundamentos e em suas aplicações. A área é multissetorial: interprofissional e multidisciplinar. Estudos básicos e programas intersetoriais têm sido realizados para a compreensão e solução dos problemas da alimentação no Brasil, usando diferentes indicado-

res. Eles mostraram desnutrição aguda e crônica, presente em pobres e ricos. Aspectos de conhecimento, cultura, educação têm sido pouco valorizados como causa e solução dessa problemática. Vários programas de alimentação, governamentais e não-governamentais, existem no país. Recentemente, o mais importante e louvável programa de combate à fome no país é ligado aos alimentos, dentro do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional. Mas é a educação, o direito à alimentação, à boa alimentação, à segurança da alimentação, nutricionalmente saudável, diária e contínua, a base e a garantia do pleno desenvolvimento físico e intelectual de cada pessoa e, conseqüentemente, de sua qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Alimentação, Nutrição, Segurança alimentar e nutricional, Direito à alimentação, Educação alimentar e nutricional.

ABSTRACT – Food consumption is a human right, a state duty and a personal responsibility of everyone. Food intake and its consequences as nutritional status are social and biological areas. It is a multi-sector subject. Basic studies and inter-sectors programs have been going on in several parts of our country. Acute and chronic malnutrition and its consequences on physical development, learning, capacity to work and their influence on chronic diseases, are present in low and high-income population. Social and economic factors are known to have influence on their presence but cultural and educational aspects of the problem are not taken in consideration, as much as it should and as a key cause and solution to the situation. Several food, government and non-governmental programs, go on in the country. Lately, “Zero Hunger”, our main social government program deals directly with the subject. Food safety as food free from all contamination and economics, are considered main factors to be taken care of. But primary food and nutrition education, knowledge on the area, teaching of nutrition, have not been called the attention as one of the main preventive and curative remedies to malnutrition.

KEYWORDS: Food, Food and nutrition, Safety, Right to eat, education.

José Eduardo Dutra de Oliveira é professor titular de Clínica Médica, especialista em Nutrologia e membro do Grupo de Estudos sobre Nutrição e Pobreza do Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo (IEA-SP). Foi presidente da Sociedade Latino-Americana de Nutrição e da União Internacional de Ciências Nutricionais. @ -jeddoliv@fmrp.usp.br

Recebido em 22.5.2006 e aceito em 10.7.2006.

Experiências de políticas em alimentação e nutrição

*SEMÍRAMIS MARTINS ÁLVARES DOMENE,
ROSANA RODRIGUES LEMES OTA,
EDUARDO AUGUSTO FERNANDES NILSON,
MIRIAM IZABEL SIMÕES OLLERTZ,
TEREZA TOSHIKO WATANABE
e PAULO ROGÉRIO GALLO*

Introdução

Medidas de combate à fome e à desnutrição foram estudadas por diversos autores, que se dedicaram a registrar a história das políticas nacionais na área de alimentação e nutrição (Musgrove, 1990; Vasconcelos, 2005) e o impacto de programas específicos, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) (Mazzilli, 1987; Spinelli & Canesqui, 2002; Ometto et al., 2003) ou o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) (Burlandy & Anjos, 2001; Veloso & Santana, 2002; Savio et al., 2005), entre outros de menor duração.

As contribuições da literatura sobre o tema invariavelmente incluem em sua abordagem a necessária análise do contexto social das famílias ou dos indivíduos atendidos pelos programas que compõem a política vigente (Campino, 1985). Nesse sentido, a associação da fome com a pobreza ganha destaque (Castro, 2004) e mostra como o enfrentamento do problema depende de políticas estruturantes combinadas com ações emergenciais de combate à fome imediata, ainda necessárias (Vasconcelos, 2005).

Esse entendimento cresceu não apenas na academia e no Estado, mas igualmente na sociedade, levando o tema da segurança alimentar e nutricional para a agenda de governantes no Brasil e em outros países, os quais se mobilizam para buscar estratégias de combate à carência de alimentos e seus efeitos (Domene, 2003).

Os desafios para equacionar o desnível social, que cria obstáculos à democratização das oportunidades (Castro et al., 2004) e expõe um grande contingente de cidadãos a situações de risco, podem, contudo, comprometer propostas de caráter genérico, sobretudo se concebidas de maneira isolada e desconsiderando o contexto em que a má nutrição ocorre.

Algumas ações bem-sucedidas, desenvolvidas com mecanismos de acompanhamento, indicam caminhos possíveis e serão apresentadas a seguir. O conhecimento dessas experiências – e especialmente dos limites operacionais que encon-

traram – deve orientar os passos para o aprimoramento de programas e políticas da área, de forma a otimizar os recursos públicos destinados à sua manutenção.

PNAE e PAT – Dois ícones entre as políticas públicas de alimentação e nutrição

A alimentação escolar merece destaque entre as políticas públicas nacionais na área de alimentação não apenas por sua duração – em 2005 completou cinquenta anos de existência –, mas especialmente por sua abrangência, resultado da criação, em 1979, do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), atualmente presente em 5.560 municípios dos 27 Estados da federação, atendendo cerca de 36 milhões de escolares do ensino infantil e fundamental. Para esse segmento, a União repassa aos municípios R\$ 0,18 centavos por aluno/dia, para que a unidade executora proceda à compra de gêneros alimentícios. O financiamento se estende também a estudantes indígenas e quilombolas, para os quais o valor é de R\$ 0,34 centavos por dia.

Dessa forma, atende-se ao disposto na Constituição Federal de 1988, que trata em seu artigo 208 da alimentação como direito do escolar.¹

Outra política de alimentação com destaque comparável ao PNAE é o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), que completou 25 anos em 2002, atendendo oito milhões de trabalhadores em 103 mil empresas em todo o Brasil (Mazzon, 2001, apud Savio et al., 2005). A literatura nacional tem registros de avaliações do programa, especialmente quanto aos objetivos de ordem nutricional (Burlandy & Anjos, 2001; Veloso & Santana, 2002), e não trataremos dessa política.

A modernização do PNAE

O ganho de eficiência de qualquer política de longa duração exige mudanças conceituais na forma de planejar as ações, a fim de que sua execução se ajuste às transformações da sociedade. Hoje, pode-se afirmar que houve a superação de um modelo assistencialista apoiado na transferência de recursos de um programa para outro, e a alimentação, vista como direito humano, é tratada na escola com participação da sociedade civil e com garantia do controle social.

Essa modernização traz ao PNAE reconhecimento como um dos maiores programas na área de alimentação escolar do mundo, haja vista atender todos os alunos matriculados na Educação Infantil e no Ensino Fundamental das escolas públicas e filantrópicas de todo o país, além de mais recentemente ter estendido esse atendimento aos escolares indígenas e das comunidades quilombolas (Resolução nº 45 de 31.10.2003, 38 de 29.08.2004, e Resolução nº 21 de 27.5.2005, alteradas pela Resolução nº 32 de 10.8.2006).

Outros sinais de amadurecimento da concepção do PNAE podem ser percebidos pela transferência da responsabilidade, antes centralizada, para um sistema do qual participam os três entes federados – União, estados e municípios –, que agora fazem a gestão integrada de um programa suplementar à educação, e não apenas de alocação de recursos financeiros.

Essa forma de gestão visa garantir os princípios de universalidade, continuidade e descentralização, além de promover a participação social, para que se alcance um atendimento equânime. As diretrizes do projeto procuram respeitar os hábitos regionais e a vocação agrícola de cada municipalidade, e, por meio do estímulo ao exercício do controle social, acompanhar as ações de todos os parceiros da gestão, a fim de assegurar a oferta de alimentação de boa qualidade a todos os escolares, para o suprimento de 15% de suas necessidades nutricionais diárias.

Tais ações contribuem para a promoção do crescimento e do desenvolvimento do escolar, para o processo de ensino-aprendizagem, para a formação de hábitos alimentares saudáveis e, ainda, para a dinamização da economia local, por meio de geração de emprego e renda em setores dirigidos à produção, ao transporte e ao processamento dos alimentos.

Os desafios advindos desse compromisso, entretanto, são proporcionais aos benefícios esperados.

Inicialmente, há uma demanda reconhecida para qualificação de gestores e Conselhos de Alimentação Escolar (CAE), que garantem a aplicação dos recursos exclusivamente no programa. Parte da efetividade de sua ação depende da construção de uma legislação simplificada e completa; a revisão do texto de algumas resoluções do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia federal vinculada ao Ministério da Educação que gerencia o PNAE, é uma ação concreta que sinaliza avanços nessa área.

Outras medidas estratégicas advirão dos dados de um estudo nacional a ser iniciado em 2006. A adoção de medidas que respeitem as *externalidades negativas*, como são denominadas por Torres & Marques (2004) as características locais que contribuem para o fracasso de políticas nacionais, é um ponto-chave para o sucesso dessas políticas.

A presença de nutricionistas que possam efetivamente acompanhar o programa em todas as municipalidades é uma meta que trará subsídios também para o monitoramento e a avaliação da execução do PNAE, além de viabilizar a implantação de um programa de educação nutricional e alimentar nas escolas e, eventualmente, do monitoramento nutricional.

Medidas já incorporadas à gestão do PNAE

Os processos que já foram iniciados com o objetivo de atender às metas citadas incluem:

- a reavaliação de princípios, diretrizes e objetivos atuais do Programa;
- o preparo do Sistema InfoCAE para cadastramento *on-line* e aprimoramento da relação entre CAE e FNDE;
- o planejamento da pesquisa nacional de consumo e do perfil nutricional dos escolares atendidos pelo Programa, financiados pelo MCT/Finep; a fiscalização conjunta com a Controladoria Geral da União (CGU) e o Ministério Público; a participação no Conselho Federal de Nutricionistas e nos conselhos regionais de nutrição;

- a realização de eventos nacionais e regionais de capacitação de conselheiros; e a divulgação do Programa em eventos internacionais, em busca de troca de experiências.

No que se refere ao monitoramento da gestão, cidadãos e gestores podem obter na página do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) (www.fnde.gov.br/home/index.jsp) os dados para contato. O estímulo ao fortalecimento do controle social se dá por meio da garantia de formas de participação via audiências públicas e programas de capacitação oferecidos aos conselhos de alimentação escolar.

Todo esse conjunto de ações está sendo constantemente acompanhado, com vistas a fortalecer o PNAE.

Políticas recentes: o Bolsa Alimentação

Estratégias de combate à pobreza por meio da adoção de programas de transferência de renda com condicionalidades foram experimentadas em um grande número de governos. O Brasil criou diversos programas federais a partir da década de 1990, tais como o Programa Bolsa Escola, o Bolsa Alimentação, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil e o Vale-Gás.

O Programa Bolsa Alimentação foi criado em 2001 como Programa de Renda Mínima vinculado à Saúde, tendo como principal objetivo reduzir a desnutrição infantil por meio da transferência mensal de R\$ 15,00 por beneficiário, identificado como cidadão de baixa renda e em risco nutricional. Os beneficiários potenciais do programa eram crianças de até sete anos de idade, gestantes e nutrizes, cujas famílias se comprometiam a uma agenda positiva de saúde, a qual englobava o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, a imunização de crianças e gestantes e a participação em ações educativas de saúde e nutrição. O programa, quando implantado em todos os 5.561 municípios brasileiros, pretendia atender 2,7 milhões de crianças e aproximadamente oitocentas mil gestantes e nutrizes.

Os programas de transferência de renda têm como um de seus principais objetivos o combate à fome que está associada à pobreza. A melhoria das condições de vida dessas famílias, especialmente em sua alimentação, comporta um grande potencial de melhora dos indicadores nutricionais, o que constitui parte da lógica que vincula as estratégias de transferência de renda para famílias mais pobres à nutrição de suas crianças.

Experiências recentes de alguns países latino-americanos, como o Programa de Educación Y Salud (Progresá), do México, trazem evidências dos potenciais impactos da transferência de renda sobre os gastos com alimentos e sobre a qualidade nutricional da dieta das famílias.

Não se pode, contudo, acreditar que esses programas levem rapidamente à melhoria do bem-estar das famílias e à redução da pobreza, se não forem acompanhados do fortalecimento de práticas saudáveis, especialmente quanto ao cuidado da criança. Isso levou à proposta de associar ao benefício o compro-

misso da família com ações desejáveis, como o cumprimento de calendário de vacinação.

Avaliação de impacto

Na tentativa de estimar o impacto do programa, beneficiários (crianças, gestantes ou nutrizes com renda familiar *per capita* inferior a R\$ 90,00) foram pareados e comparados com indivíduos elegíveis de domicílios que não haviam sido incluídos no programa, em decorrência de erros experimentados com a implantação das primeiras versões do cadastro (tais como separação acidental de arquivos ou preexistência de cadastro com informações conflitantes sobre uma mesma família). Os dados socioeconômicos e demográficos das famílias estão na Tabela 1.

Tabela 1
Características socioeconômicas e demográficas das famílias dos estudos de avaliação do Programa Bolsa Alimentação (2003)

	Beneficiárias	Controle
Número de pessoas na família	5,66	5,55
Renda per capita inferida (R\$)	75,89	71,06
Chefes alfabetizados	35,8%	36,6%
Famílias com crianças entre 0 e 7 anos	95,9%	87,2%
Famílias com crianças entre 7 e 15 anos	59,1%	78,7%

A amostra da avaliação foi constituída por meio do pareamento de famílias beneficiárias e não-beneficiárias da bolsa alimentação, pertencentes a quatro municípios localizados na região Nordeste, onde se encontravam 60% dos beneficiários do programa. São eles: Teotônio Vilela (AL), Mossoró (RN), Itabuna e Teixeira de Freitas (BA). Os dados foram coletados após seis meses de transferência de renda (com 869 famílias), e posteriormente, no ano de 2003, com dois anos de transferência (com 743 famílias).

Os levantamentos antropométrico e os dados sobre consumo alimentar, acesso e demanda por serviços de saúde e crescimento infantil mostraram o impacto positivo do programa, como se descreve a seguir.

Propensão Marginal ao Consumo de Alimentos (PMCA)

Esse indicador econométrico representa o porcentual de cada unidade monetária transferida que é usado para a compra de alimentos. O PMCA variou, aos seis meses de transferência, entre 55% e 74%, valores maiores do que os encontrados em outros programas internacionais, como o Food Stamps, dos Estados Unidos, e o Food for Education, de Bangladesh, que foram calculados na faixa

de 30% a 42% e de 34% a 41%, respectivamente. No Brasil, com dois anos de programa, a diferença média entre os gastos familiares com alimentos (R\$ 24,53) é maior do que a média das transferências monetárias do programa (R\$ 20,39). Assim, as PMCA foram estimadas em mais de 100%, e notou-se uma mudança no padrão original de consumo, uma vez que as famílias passaram a destinar um parcela maior de seus demais recursos para a aquisição de alimentos.

Consumo

No período analisado, observou-se aumento de quase três itens alimentares por família beneficiária, sendo 24,2 itens nas famílias-controle (excluídas) contra 27 nas famílias com a complementação. Após 24 meses de transferência, a análise da correlação entre gastos por grupos de alimentos e composição da dieta de crianças de até dois anos de idade mostra que a distribuição intrafamiliar de alimentos é melhor entre as famílias beneficiadas, com maior variedade e maior valor nutricional dos alimentos.

Antropometria

Os dados antropométricos foram obtidos de 1.481 crianças após seis meses de transferência, e de 1.423 crianças após 24 meses, e não mostraram haver diferenças com significância estatística ($p < 0,05$).

Os resultados da análise retrospectiva dos registros do Cartão da Criança indicam, contudo, diferenças estatisticamente significativas no padrão de ganho de peso por parte das crianças beneficiárias no período de 24 meses. Segundo as regressões realizadas com os dados antropométricos das crianças de até cinco anos de idade, cada mês adicional de recebimento da bolsa alimentação estava associado a um ganho de peso de 8 g a mais pelas crianças beneficiadas ($p < 0,001$).

Também o indicador composto de gravidade e frequência dos déficits nutricionais mostra que as crianças beneficiadas, inicialmente em pior situação, apresentam maior velocidade de recuperação, não havendo diferença, ao final do período de análise, em relação às crianças excluídas (Figura 1).

Entre os aspectos estudados, destacou-se o impacto sobre os indicadores econométricos, constatando-se a aplicação da maior parte dos recursos para a aquisição de alimentos e o aumento da variedade da dieta. A ausência de uma linha de base para os estudos pode ter limitado parte das análises, segundo as quais, aos seis meses, houve menor ganho de peso entre crianças de famílias beneficiadas do que entre as excluídas, situação que se reverteu ao final do período de investigação. Outro fator de confundimento pode ter sido o fato de as crianças dos dois grupos não serem completamente comparáveis no início, o que se nota por meio das análises de recuperação nutricional a partir dos dados do Cartão da Criança e da antropometria de campo.

Em outros países, a expectativa de queda nos indicadores de desnutrição também se confirma, como ilustra o Progreso mexicano, em que se observou aumento de 1 cm na estatura de crianças beneficiadas quando comparadas com

não-beneficiadas, embora nesse caso houvesse também o uso de suplemento nutricional.

Ainda que com essas limitações, os resultados do estudo sobre o impacto do Bolsa Alimentação mostram o potencial promissor para o crescimento infantil e, conseqüentemente, para a desnutrição, que os programas de transferência de renda associados a condicionalidades trazem.

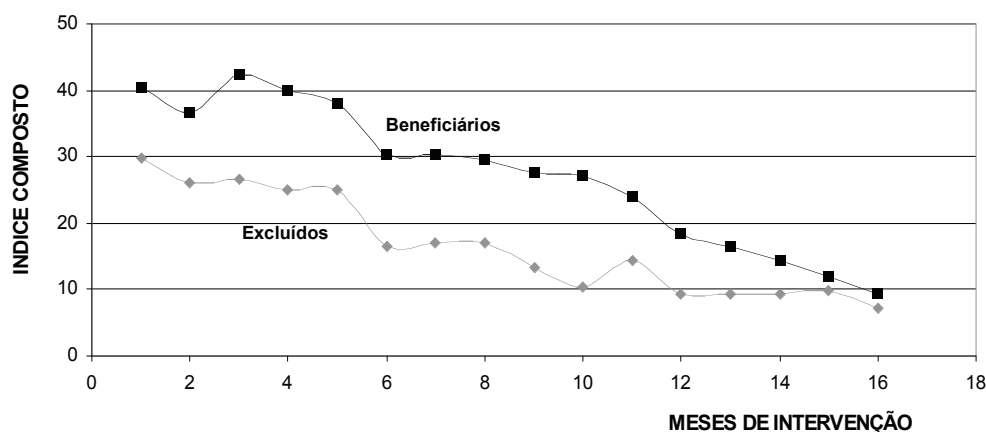


Figura 1

Evolução do indicador de gravidade e frequência dos déficits nutricionais de crianças beneficiárias e não-beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação de 2001 a 2003.

Educação nutricional: o Programa “Eu aprendi, eu ensinei”

O Programa “Eu aprendi, eu ensinei: uma prática de educação” foi concebido como parte da Formação de Programas de Cidadania Juvenil na Prevenção e Combate à Desnutrição Materno-Infantil, proposta pelo Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Objetiva mobilizar e capacitar escolas de Ensino Médio para promover ações que contribuam para a prevenção e o combate à desnutrição infantil. Com financiamento do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, traz recente experiência de sucesso em 53 escolas da região norte do Estado de Minas Gerais; contou também com a participação da Secretaria de Estado da Educação de Minas Gerais e das superintendências regionais de ensino.

As premissas do programa tomam a escola como *locus* de mudança, como espaço público que contribui para a inserção do indivíduo na realidade que o cerca, por meio do exercício da verdade, do conhecimento de si mesmo e do mundo. Em segundo lugar, o programa está baseado na interdisciplinaridade como forma de reunificação do conhecimento. A terceira premissa é a formação do sujeito coletivo, entendido como um grupo de referência no qual é mantida a identidade dos indivíduos que o compõem.

Finalmente, o programa estimula o protagonismo juvenil, favorecendo a participação do jovem como sujeito em ações que dizem respeito a problemas relativos ao bem comum.

Indicadores da experiência em Minas Gerais

A experiência no Estado de Minas Gerais resultou na capacitação de 53 professores do Ensino Médio, nove técnicos das superintendências regionais de ensino e nove profissionais da área de saúde. Foram aplicados os módulos de pedagogia, nutrição, serviço social e psicologia, e elaborados nove projetos que tinham por objetivo orientar as ações em nível local, além de um documento das superintendências regionais de ensino com proposta de atuação dos técnicos junto às escolas. A partir da ação dos 62 multiplicadores capacitados pelo programa, 1.251 professores foram mobilizados, e desses, 990 envolvidos pela capacitação local.

Os números dessa mobilização traduzem a apropriação do tema por professores e escolas em sua prática pedagógica. Em 67,6% das escolas, o tema Nutrição e Saúde foi incluído no plano pedagógico depois do projeto, e 20,54% delas se encontravam em processo de elaboração do plano. Quanto às ações relacionadas ao protagonismo juvenil, 65,7% dos alunos responderam afirmativamente a ações desenvolvidas na escola, e 63%, na comunidade.

Aspectos facilitadores e dificultadores

Inúmeros fatores que influenciaram o desenvolvimento do projeto escaparam ao controle da equipe gestora. Entre esses, o período de realização das ações. É sabido que a dinâmica do trabalho escolar é regida pelo que se denomina *período letivo e ano letivo*. O projeto não pôde se valer, com liberdade, desse “tempo” escolar, ou seja, foi iniciado às vésperas do recesso de julho e, em um de seus momentos mais significativos para mobilização, deparou com as férias de final de ano.

O Projeto “Eu aprendi, eu ensinei” apresenta muitos indícios de sucesso, podendo sua metodologia ser reaplicada em outras situações que aspirem aos mesmos objetivos. Entre os aspectos bem-sucedidos estão:

- a) professores mobilizados e comprometidos com o projeto, mesmo em um ambiente escolar nem sempre favorável a iniciativas desse tipo (trabalho voluntário desenvolvido além do período letivo, com gastos pessoais para a realização de ações);
- b) alunos mobilizados e comprometidos com as iniciativas;
- c) projetos de intervenção na realidade local sempre funcionando como “cartas de intenção” para ações e melhoria da qualidade de vida local;
- d) incorporação no currículo da escola do tema Nutrição e Saúde e protagonismo juvenil;
- e) aceitação do projeto pela Secretaria Estadual de Educação e esforço no sentido de lhe dar continuidade;

f) avaliação positiva, seja quanto à proposta seja quanto à sua realização, por especialistas do campo educacional que tomaram conhecimento do projeto.

Um último, mas não menos importante fator deve ser pesado ao avaliarmos o êxito do projeto e a possibilidade de sua reaplicação em outros sistemas educacionais: o fato de ele ter sido desenvolvido em Minas Gerais. O sistema educacional mineiro é um dos maiores do Brasil, com capacidade crítica instalada entre seus educadores, de reconhecida presença histórica – haja vista a literatura sobre o sistema educacional mineiro e suas análises sobre o “gatopardismo na educação”, isto é, sobre os mecanismos de efetivação de pseudo-reformas, que podem ser sintetizadas no lema “reformular para não mudar”.

Outro aspecto a ser lembrado é que o “povo mineiro” é dotado de uma identidade cultural que o capacita, talvez mais do que outros agrupamentos nacionais, a emitir juízos comunitários com relativo consenso; ou seja, a adesão ou rejeição é mais grupal do que individual, diferentemente do que pode acontecer em grandes centros, nos quais a tendência é uma pulverização de identidades e não tanto a pluralidade e unidade em torno de valores constituintes de um *ethos* cultural.

Certamente, um projeto como o “Eu aprendi, eu ensinei” – com metodologia fundada no respeito absoluto a cada pessoa, na crença de que o ser humano possui desejos de humanização, de solidariedade e de partilha que, uma vez, mobilizados, podem colaborar para a melhoria da convivência em sociedade e, em conseqüência, da qualidade de vida humana coletiva – em muito contribui para a criação de uma nova ordem brasileira e universal.

Experiências do setor privado: o Programa “Alimente-se bem”

O programa originalmente chamado “Alimente-se bem com R\$ 1,00” foi concebido em 1999 pelo Serviço Social da Indústria (Sesi), em seu Departamento Regional de São Paulo. O objetivo central do programa é propor receitas econômicas por meio do aproveitamento integral dos alimentos e, assim, promover saúde e economia.

Programado para atender os trabalhadores da indústria e seus familiares, estendeu-se para a comunidade de maneira geral, dada a boa acolhida em diversos municípios não apenas do Estado de São Paulo. A motivação inicial do programa foi o resultado de um levantamento de consumo realizado com 1.600 trabalhadores da região norte do município de São Paulo: verificou-se inadequado fornecimento de nutrientes para 62% do grupo.

A proposta teve como fundamento a educação alimentar. Nutricionistas do Sesi iniciaram então o desenvolvimento de preparações com ingredientes de bom valor nutritivo e baixo custo, produzindo uma primeira publicação com as cem receitas que, quanto à qualidade sensorial, receberam melhor avaliação pelo público de eventos promovidos pelo Sesi.

Estratégia do programa

Com a finalidade de comprovar a viabilidade do preparo e a aceitação de

pratos que continham partes de alimentos usualmente não aproveitadas, instalou-se em São Paulo, no bairro de Vila Leopoldina, o primeiro restaurante educativo, como unidade-piloto. Por um período experimental de noventa dias, esse restaurante serviu almoço, gratuitamente. Como houve aprovação de 98% dos avaliadores, após o período experimental o restaurante foi aberto ao público em geral, servindo refeição ao preço de R\$ 2,00 por pessoa. O custo da matéria-prima não ultrapassava R\$ 1,00. O cardápio era composto por arroz, feijão, carne, guarnição, dois tipos de salada, pão, suco e sobremesa.

Para firmar o foco educativo do programa, em razão do bom resultado das avaliações, foram iniciados cursos práticos, gratuitos, oferecidos às famílias dos trabalhadores da indústria e à comunidade. O atendimento médio foi de quatrocentos participantes por mês, em turmas de 25 pessoas.

O sucesso do programa levou à abertura, no anos de 2000 a 2002, de mais oito restaurantes educativos, em diferentes municípios do Estado de São Paulo.

Concepção dos cursos

Os cursos são ministrados em quatro aulas com duração de duas horas e trinta minutos por aula, oferecidas uma vez por semana. São preparadas doze receitas do livro do programa. O conteúdo teórico inclui os seguintes tópicos:

- Definição do programa.
- Noções sobre alimentos e suas funções.
- Valor nutritivo dos alimentos.
- Planejamento de compras.
- Reconhecimento dos alimentos e cuidados no armazenamento.
- Higienização dos alimentos.
- Aproveitamento integral.

Em 2003 foi necessário investir na criação de cozinhas didáticas em 23 centros de atividades do Sesi-SP. A primeira cozinha instalada fora das dependências do Sesi foi a de Birigui, na sede do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Calçados da cidade, por meio de convênio formalizado entre esse sindicato, o Sesi e o Sindicato das Indústrias do Calçado e Vestuário do mesmo município. Atualmente existem quarenta cozinhas didáticas. A partir de 2002, foram criadas seis unidades móveis, adaptadas em carretas, com capacidade para atender quatrocentos alunos por mês.

Nova formação dos restaurantes educativos e parcerias para o aperfeiçoamento da proposta

Atendidos os objetivos iniciais dos restaurantes educativos, em 2004 foi concluída a primeira etapa do Programa “Alimente-se bem com R\$ 1,00”. A partir de 2005, o programa passou por modificações, mantendo porém sua finalidade principal, que é a educação alimentar. Os restaurantes educativos foram reestruturados, passando a denominar-se “cozinhas experimentais”. Novos livros foram lançados, com mais receitas apresentadas de maneira atraente e ricamente ilustradas.

Visando aprimorar o conhecimento sobre a utilização de partes não-convençãoais de alimentos para a alimentação humana, em 2002 o programa firmou parceria com a Universidade Estadual Paulista (Unesp) de Botucatu, para o desenvolvimento da análise bromatológica de macro e micronutrientes dos ingredientes empregados nas preparações, como cascas e talos, a fim de garantir sua inocuidade.

Com uma equipe de 106 nutricionistas, o programa chama-se agora “Alimente-se bem” e caminha em parcerias de sucesso para sua ampliação. É um exemplo de como o setor produtivo pode contribuir com ações de educação alimentar e nutricional efetivas e de qualidade, constituindo-se como importante parceiro nas políticas públicas para a área.

O papel da rádio comunitária no contexto das políticas públicas de saúde

A comunicação é aqui tratada como um dos elementos centrais a serem considerados na execução de qualquer política pública, particularmente as de saúde. Com esse entendimento, pretende-se abordar a rádio comunitária como uma mídia de grande apelo no Brasil e no mundo, e que, por suas especificidades técnicas (o pequeno alcance, por exemplo), tem como principal característica promover a capilarização das políticas públicas.

Pretende-se mostrar a importância da radiodifusão comunitária nas ações educativas da área de alimentação e nutrição, partindo do princípio de que, para ampliar sua eficácia, é preciso ajustar as informações e as ações de modo que elas entrem em interação com os diferentes cenários sociais e culturais de cada território. Essa via de disseminação de informações não traz em si um modelo pronto de divulgação de questões relacionadas à saúde e à nutrição; é antes uma porta aberta, com grande potencial para contribuir com esse propósito.

Considerações sobre comunicação de massa

A cadeia de formulação de uma política pública – planejamento, execução, avaliação – deve incluir a etapa de divulgação, necessária para transferir à população beneficiária os elementos derivativos da política proposta e para compartilhar com ela o processo de avaliação ou de retroalimentação. Tomando como exemplo a pedra de Roseta, que traz gravada uma orientação religiosa em três idiomas distintos, ilustra-se um princípio básico da comunicação: a necessidade de inteligibilidade. Esse é um dos pressupostos fundamentais a serem considerados pelos responsáveis pelas políticas públicas.

A comunicação de massa deve ser compreendida como a transmissão de um conjunto de símbolos elaborados com base em princípios e valores de determinado grupo social para outro grupo populacional específico que vivencia valores sociais e culturais distintos. Por sua vez, cada indivíduo capta a informação de forma particular, dando a ela uma significação que resulta de sua história pessoal, de suas crenças e valores, bem como de sua instrução formal. Cada indivíduo e cada comunidade se apropriam da informação de uma forma peculiar.

Voltando ao outro extremo, o termo *massa* institui, na origem, uma ruptura entre aquele que transmite, elaborador da informação, e o indivíduo que recebe – massa; aqui a transmissão e a recepção não mantêm o caráter dialógico da comunicação direta entre duas pessoas. Essa assimetria pode ser empregada a favor do objetivo da comunicação, a fim de mobilizar o receptor e, se possível, no caso em questão, estimulá-lo na alteração de comportamentos, isto é, auxiliá-lo a adotar práticas positivas de saúde.

Outras características devem ser consideradas pelos gestores ao pensar na utilização de uma “mídia de massa” como parte integrante do processo de implantação das políticas públicas: *massa* não quer dizer apenas quantidade, mas também pluralidade de receptores (domínio público e não-restrito); não quer dizer amontoado inerte, e sim pessoas específicas em contextos sócio-históricos específicos, com diferentes graus de compreensão e representação em suas vidas – a recepção como processo ativo; *massa* implica aumento da acessibilidade das formas simbólicas no tempo e no espaço.

Se pressupomos aqui a intencionalidade da informação em saúde, é preciso considerar que a gerência *lato senso* das informações nem sempre obedece a princípios democráticos, ou nem sempre está em sintonia com as necessidades da população. Ao contrário, a cartelização da informação, principalmente aquela veiculada em jornais e TV, torna-se evidente após a Segunda Guerra Mundial, quando as agências iniciam grandes acordos para organizar as pautas. Um exemplo: a Associated Press (AP) abriu mão de cobrir fatos na Europa para ter a exclusividade da divulgação de informações jornalísticas nos Estados Unidos. Os interesses jornalísticos se expressam no número de escritórios das agências, como mostra o Quadro 1. Não se percebem, nessa divisão, interesses baseados no processo de desenvolvimento ou em demandas sociais.

Quadro 1
Distribuição dos principais escritórios da imprensa internacional
no período pós-Segunda Guerra Mundial

-
- Reuters 150 países
 - AFP (Agence France-Presse) 129 países
 - AP (Associated Press) 108 países
 - UPI (United Press International) 92 países
 - 40% dos escritórios na Europa
 - 10% na África, Oriente Médio e países em desenvolvimento
-

Fonte: Thompson (2002).

A mídia comunitária, pautada pelas necessidades de cada localidade, estaria na contramão desse movimento geral da imprensa e seria, portanto, potencialmente mais adequada à área da informação em saúde.

Nesse cenário cabe valorizar os mecanismos de comunicação de interesse local, entre os quais se insere o serviço de radiodifusão comunitária, instituído pela Lei n. 9.612 de 19.2.1998.

Contexto das políticas de saúde

A vitória das oposições em 1986 nos pleitos estaduais estimulou o movimento de reforma sanitária e criou condições para que a Constituição de 1988 acolhesse as questões de saúde nos capítulos da seguridade social. A Constituição vai além: tomando como ponto de partida um conceito de saúde, amplia a ação institucional e revê toda a legislação relativa à promoção, à proteção e à recuperação da saúde. Com esse novo paradigma, a reforma sanitária brasileira foi pensada para operar em três eixos.

O primeiro, conceitual e doutrinário, concebe a saúde como uma resultante das condições de vida, e não apenas como ausência de doença; sua conquista se dá por meio de políticas econômicas e sociais que reduzem ou eliminam os riscos de agravos e também pelo acesso a serviços de saúde. Trata-se, portanto, de um equilíbrio relativo, com base territorial e vínculo temporal, e que necessariamente incorpora o outro lado da equação: a *disponibilidade* dos profissionais de saúde para acolher as necessidades da população. Inerente ao ajuste está a participação da comunidade, que deve ser compreendida em suas variadas formas e momentos, como na definição de prioridades, na defesa de direitos já atendidos ou, ainda, no esforço de ampliação das possibilidades operacionais do sistema de saúde.

O segundo eixo, político, concebe a saúde como direito de cidadania e atribui ao Estado o dever de provê-la “sem qualquer discriminação ou fatos condicionantes”. Nesse sentido, não se pode deixar de reconhecer que a saúde está estreitamente relacionada à maneira com que o homem produz seus meios de vida (trabalho) ou satisfaz suas necessidades (consumo), estando ambas as dimensões no âmbito de responsabilidade das políticas de Estado.

O terceiro e último eixo, o estratégico-operacional, propôs a reorganização do sistema de saúde, estabelecendo como diretrizes a integralidade das ações de saúde, a participação e controle da sociedade e a descentralização, com comando único em cada esfera de governo.

É dentro desse novo contexto da descentralização que se avança no processo de municipalização, mas somente após a XVIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1986, o Ministério da Saúde consolidará o papel do município na gestão da atenção à saúde. A reordenação do modelo assistencial parte da redefinição do papel das esferas federal e estadual e da viabilização de instrumentos gerenciais do município. São estabelecidas formas de controle e avaliação com base em indicadores epidemiológicos e vinculação dos serviços com os usuários, priorizando-se a participação da população. O território passa a ser conceito-chave da reforma sanitária e desse novo modelo.

Há, contudo, que precisar melhor o conceito. Existem pelo menos duas grandes correntes de pensamento que o elaboram de forma distinta. A primeira

toma-o de modo naturalista, como espaço físico que está dado, completo. São os critérios geopolíticos que definirão um território, denominado território-solo. Nessa concepção, o entendimento da saúde sustenta-se no modelo da clínica. A segunda, coerente com a idéia de promoção da saúde como processo, vê o território como espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política. O território ou os territórios dos municípios nunca estão acabados, mas, ao contrário, em constante construção e reconstrução.

Rádio comunitária como veículo para educação em saúde

Devem-se considerar alguns números ao avaliar a capacidade das rádios comunitárias como veículos para educação em saúde, tendo como referência as condições necessárias ao funcionamento de outros tipos de mídia, como o jornal impresso. O censo de 2000 mostrou que 13,3% da população entre quinze e 64 anos são ainda analfabetos, o que representa cerca de dezesseis milhões de cidadãos. A energia elétrica está em 94,8% das moradias, com média de iluminação nas casas de 40 watts, o que dificulta a leitura principalmente noturna (e não considerando, nesses números, os problemas de deficiência visual). Contudo, 99,99% da população têm pelo menos um aparelho de rádio em casa.

Segundo a Associação Mundial de Rádios Comunitárias (Amarc), existem hoje dezesseis mil rádios comunitárias (RC) no Brasil. Esse número é contestado pelo Ministério das Comunicações, que trabalha com oito mil. Já segundo a Associação Brasileira de Radiocomunicação Comunitária (Abraço), são trinta mil. Não há, portanto, consenso sobre os números, mas sabemos que são expressivos.

Um aspecto importante que deve ser levado em conta nas políticas de educação é o fato de que, entre os ouvintes e o comunicador dessas pequenas rádios, estabelecem-se laços diretos de confiança. Elas funcionam como emissoras FM de baixa potência, alcançando cerca de um quilômetro de raio a partir da antena emissora, e se vinculam à associação de moradores do local, sem relações ou patrocínios comerciais.

Exemplo de boa utilização dessa forma de comunicação é o trabalho desenvolvido pela Rede da Pastoral da Criança, que espalha mensagens em 1.600 RC. Outra estatística interessante vem dos cursos da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), que capacitaram mais de quatrocentas rádios comunitárias apenas na Grande São Paulo desde 1999.

Esses elementos, em conjunto, fazem da radiodifusão comunitária uma forma conveniente e ajustada territorialmente de informação de massa.

Conclusões

As conclusões da oficina de trabalho promovida pelo Grupo de Estudos Nutrição e Pobreza do Instituto de Estudos Avançados (IEA-USP) apontaram fortemente para a educação nutricional como prioridade entre os projetos estratégicos direcionados à reversão do atual quadro de convivência combinada entre desnutrição e efeitos da má nutrição.

Foto Lalo de Almeida/Folha Imagem - 20.3.2003



O agricultor Novasto Alves da Rocha mostra seu prato com arroz e feijão, em Guaribas (PI).

Este artigo relatou experiências de avaliação dos principais efeitos dessa convivência. Duas grandes ações do Estado – o Programa Nacional da Alimentação Escolar e o Bolsa Alimentação – mostram a importância do monitoramento da gestão para o trabalho de condução da política, a longo ou curto prazo. O PNAE, com cinquenta anos de existência, passa por ajustes constantes, para adequar-se às novas demandas determinadas pela ampliação de sua cobertura e pelo avanço dos conhecimentos sobre nutrição e saúde. O programa de transferência de renda implantado indica melhoria no padrão de consumo de alimentos, especialmente por crianças de até dois anos de idade.

O relato das experiências educativas mostra como é possível implementar ações a partir do conhecimento das características loco-regionais do grupo a ser atendido, com resultados concretos de sucesso. O trabalho do Cren no Programa “Eu aprendi, eu ensinei” ilustra a importância da vivência para a apropriação de conceitos que propiciem modificação de comportamento e aquisição de boas práticas alimentares. O Programa “Alimente-se bem” é um exemplo de como o apoio do setor produtivo pode se traduzir em parcerias bem-sucedidas.

Por fim, discutiu-se o papel da mídia na educação em saúde, destacando-se o potencial das rádios comunitárias para o propósito de estimular a adoção de estilos de vida saudáveis, entre eles aqueles relacionados à alimentação e à nutrição.



Técnicos da ONG Banco de Alimentos recolhem pães frescos de uma panificadora.

Nota

I Diz o texto da Constituição Federal de 1988, em seu artigo 208:

“O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de:

VII – atendimento ao educando, no ensino fundamental, através de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde.”

Referências bibliográficas

BURLANDY, L.; ANJOS, L. A. Acesso a vale-refeição e estado nutricional de adultos beneficiários do Programa de Alimentação do Trabalhador no Nordeste e Sudeste do Brasil, 1997. *Caderno Saúde Pública*, v.17, n.6, p.1457-64, nov./dez. 2001.

CAMPINO, A. C. C. *Economia da alimentação e nutrição: noções básicas*. São Paulo: Instituto de Pesquisas Econômicas da USP, 1985.

CASTRO, M. H. G. A política de combate à pobreza do governo do Estado de São Paulo. *São Paulo Perspec.*, v.18, n.4, p.3-7, out./dez. 2004.

CASTRO, M. H. G. et al. Os desafios sociais no Brasil. *Revista Conjuntura Democrática*, Brasília, Fundação Astrojildo Pereira, 2004.

DOMENE, S. M. A. Indicadores nutricionais e políticas públicas. *Estudos Avançados*, v.17, n.48, p.131-5, maio/ago. 2003.

MAZZILLI, R. N. Nutritional value of the school lunch and its contribution to nutritional recommendations for preschool children, enrolled in the Center for the Education and Feeding of the Preschool Child. *Revista de Saúde Pública*, v.21, n.3, p.246-54, 1987.

MUSGROVE, P. Do nutrition programs make a difference? The case of Brazil. *Int. J. Health Serv.*, v.20, n.4, p.691-715, 1990.

OBORÉ. Projetos especiais em comunicações e artes. Disponível em: <obore.com>. Acessado em: 10 janeiro de 2006.

OMETTO, A. M. H. et al. Programa Nacional de Alimentação Escolar: principais componentes dos custos e seus determinantes. *Nutrire*, v.26, p.19-36, 2003.

RESOLUÇÃO/FNDE/CD N. 45 de 31 de outubro de 2003. Estabelecer critérios para o repasse de recursos financeiros, à conta do PNAE, previstos na Medida Provisória n. 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, para o atendimento dos alunos da educação infantil e ensino fundamental matriculados em escolas de educação indígena.

RESOLUÇÃO/FNDE/CD N. 38 de 23 de agosto de 2004. Estabelece critérios para execução do PNAE (alterada pela Resolução n. 21 de 27 de maio de 2005).

SAVIO, K. E. O. et al. Avaliação do almoço servido a participantes do programa de alimentação do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, v.39, n.2, p.148-55, abr. 2005.

SPINELLI, M. A. S.; CANESQUI, A. M. O programa de alimentação escolar no estado de Mato Grosso: da centralização à descentralização (1979-1995). *Rev. Nutr.*, v.15, n.1, p.105-17, 2002.

THOMPSON, J. B. *Ideologia e cultura moderna*. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p.228-40.

TORRES, H. G.; MARQUES, E. Políticas sociais e território: uma abordagem metropolitana. *São Paulo Perspec.*, v.18, n.4, p.28-38, out./dez. 2004.

VASCONCELOS, F. A. G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. *Rev. Nutr.*, v.18, n.4, p.439-57, jul./ago. 2005.

VELOSO, I. S.; SANTANA, V. S. Impacto nutricional do programa do trabalhador no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, v.11, n.1, p.24-31, 2002.

RESUMO – Medidas para o enfrentamento da fome e da desnutrição vêm sendo associadas a ações de prevenção dos efeitos da má nutrição, especialmente a obesidade e outras doenças crônicas, dado o aumento da sua prevalência. Esse quadro epidemiológico complexo exige a concepção de projetos estruturantes de médio e longo prazos ao lado de ações imediatas e criativas, para resposta a situações emergenciais quando da falta do alimento. Entre as propostas nascidas no setor público, no setor produtivo, em universidades e em organizações da sociedade civil, observa-se elevado grau de insucesso, a despeito da seriedade dos proponentes, levando à sua interrupção, com efeitos danosos para ambas as partes. Este artigo contém o relato de experiências de êxito, com elementos para a análise dos principais problemas comuns às políticas na área de alimentação e nutrição e formas de superação, e é o resultado do trabalho de pesquisadores, gestores públicos e técnicos que se reuniram em oficina interdisciplinar promovida pelo Grupo de Estudos Nutrição e Pobreza do IEA em 2005, cujo objetivo foi fornecer subsídios para o aprimoramento de políticas públicas na área.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas de alimentação, Fome, Desnutrição, Abordagem interdisciplinar.

ABSTRACT – Strategies to face hunger and undernutrition have been directly associated to actions to prevent bad nutrition effects, mainly chronic diseases and obesity. This complex epidemiological scenario requires initiative of medium and long-term projects, with simultaneously immediate and creative measures for emergency situations when no food is available. Among proposals initiated by the public and private sectors, by Universities and by non-governmental organizations, it is common to observe ineffectiveness, despite the commitment and integrity of the proponents, leading to harmful consequences to both community and the initiative. This paper contains reports of some well-succeeded experiences, including elements for analyzing the main problems common to food and nutrition sectors policy and ways of overcoming them. This work was produced by researchers, public policy makers and technicians as a result of the interdisciplinary workshop they attended in 2005. Offered by the Nutrition and Poverty Study Group of Advanced Studies Institute, São Paulo University, its goal was to subsidize the improvement of public policies in the area.

KEYWORDS: Nutritional policy, Hunger, Undernutrition, Interdisciplinary approach.

Semíramis Martins Álvares Domene é professora titular da Faculdade de Nutrição da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. @ – semiramis@puc-campinas.edu.br

Rosana Rodrigues Lemes Ota é nutricionista da Escola de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema (SP). @ – rosana.lemes@diadema.sp.gov.br

Eduardo Augusto Fernandes Nilson é biólogo, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/DAB/SAS/Ministério da Saúde. @ – eduardo@saude.gov.br

Miriam Isabel Simões Ollertz é nutricionista, Coordenação de Projetos, Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren). @ – miriam@cren.org.br

Tereza Toshiko Watanabe é nutricionista, Diretoria de Alimentação, Sesi-SP.
@ – twatanabe@sesisp.org.br

Paulo Rogério Gallo é médico, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). @ – prgallo@usp.br

Recebido em 22.5.2006 e aceito em 10.7.2006.

Apresentação

DOSSIÊ: **Nutrição e Pobreza**

Estes artigos são relativos a conferências ministradas na Oficina realizada em 2006: “Educação para a Nutrição e Combate à Pobreza” que foi organizada pelo Grupo de Estudos em Nutrição e Pobreza, do Instituto de Estudos Avançados da USP.

Esta oficina procurou aprofundar uma questão que apareceu em oficinas anteriores como crucial para a melhoria das condições nutricionais e situação de pobreza no Brasil que é: o que significa EDUCAR e quando um processo educativo gera uma efetiva mudança de comportamento que dura no tempo.

Os artigos abordam três grandes temas:

Primeiro tema: **“O que é educar e o que é educação da pessoa?”**

Estes artigos procuram descrever os processos formativos, ou seja, quando a educação gera uma nova prática de vida e uma mudança de comportamento.

1. Artigo de Miguel Mahfoud – aborda o tema da unidade da pessoa no âmbito da antropologia filosófica. Traz a contribuição do pensamento de Edith Stein e conclui que sem o envolvimento e a atenção para as três dimensões: corporidade, psíquica e espiritual (relativa à dimensão da liberdade e do significado) não há processo educativo.
2. Artigo de Sílvia Brandão – apresenta as características e desafios da sociedade contemporânea que pedem reconversão de bases educativas. Expõe o percurso formativo de jovens universitários por meio de narrativas biográficas, apontando diretrizes para o processo de formação pessoal e para geração, discernimento e protagonismo na relação com o contexto contemporâneo. A autora se baseia em propostas como o procedimento de história de vida, de Jean Pineau, Marie-Christine Josso e Pierre Dominicé. Conclui mostrando que a experiência educativa pressupõe espaços de escuta, de apropriação da experiência e de avaliação da mentalidade dominante, de modo a favorecer a identificação de vínculos significativos entre a interioridade e as demandas externas e isto só pode acontecer no encontro real entre duas humanidades: a do educador e do aluno.

3. Artigo de Marina Massimi – evidencia, numa perspectiva multidisciplinar e histórica, o processo que transformou o destinatário da persuasão – de sujeito ativo e crítico, em consumidor passivo do produto. A autora descreve o processo de comunicação cuja finalidade é persuadir o destinatário para dispô-lo a *experimental* um certo objeto ou situação, e as reduções contemporâneas da concepção de experiência. Ela conclui o artigo, descrevendo o que gera a persuasão da pessoa concebida como sujeito do juízo e crítico – separando persuasão da manipulação da pessoa; e afirma que os destinatários dos cuidados educacionais são sujeitos capazes de experiência e portadores de cultura.

Segundo tema: “O processo de ‘des-humanização e des-educação’”

4. Artigo de Dulce Critelli: parte da descrição da condição humana de acordo com a filósofa Hannah Arendt e descreve quatro pressupostos: a condição humana como exercício de atividades, temporalidade, sociedade de massas e condicionamento. Conclui que o comportamento da sociedade atual é determinado pela busca da saciedade e, conseqüentemente, pelo círculo vicioso entre consumo – saciedade – falta, perdendo espaço para a experiência do agir, criar o novo e da transcendência.
5. Artigo de Maria do Carmo Brandt de Carvalho: aborda dois fatores que reduzem a eficácia da educação pública no Brasil e do combate à pobreza. O pensamento tutelar que subestima as capacidades dos desiguais de pensar, transitar com autonomia, exercer liberdades, levando ao assistencialismo, apadrinhamento e clientelismo; e a falta de integração da política de educação com a política social nacional. O artigo propõe dar ênfase em ações voltadas ao fortalecimento emancipatório e a autonomia das populações, fortalecendo vínculos relacionais.

Terceiro tema: “Novas Perspectivas em Educação Alimentar e Nutricional e o Papel da Escola”

6. Artigo de Sabrina de Oliveira descreve a crescente preocupação do governo federal com o tema da educação nutricional evidenciada pela criação do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) e do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA) e mostra as ações interdisciplinares realizadas por estes.
7. Artigo de Semiramis Domene focaliza o ambiente escolar para promoção da saúde e educação nutricional e reforça a necessidade de colaboração e troca de conhecimento entre o âmbito da nutrição e educação, descrevendo em detalhes o papel do nutricionista na escola.

Ana Lydia Sawaya, Coordenadora do Grupo de Estudos em Nutrição e Pobreza da USP.

A escola como ambiente de promoção da saúde e educação nutricional

Semíramis Martins Álvares Domene

Resumo: Tomar a educação como estratégia para o combate à pobreza e desnutrição é uma proposta alinhada ao propósito de crescimento e desenvolvimento de uma nação. O ambiente da escola parece ser um espaço que reúne condições únicas para a aquisição de práticas alimentares saudáveis, desde que reúne indivíduos em seus estágios iniciais de formação e educadores. O comportamento alimentar reflete o resultado de experiências vividas em diferentes níveis de relação, desde interpessoais, ambientais, comunitários e até políticos. A articulação da área de educação com a Política Nacional de Alimentação Escolar pode resultar em uma proposta de integração de caráter perene e sustentável. Contudo, a operacionalização da política enfrenta limites de ordem técnica, que merecem a atenção do nutricionista e demais gestores, e o envolvimento dos professores ainda é incipiente. O desafio é promover colaboração e troca de conhecimento entre nutrição e educação. São discutidos os parâmetros técnicos que balizam o trabalho do nutricionista, bem como os limites enfrentados pelos professores à luz da qualidade do sistema de ensino no Brasil.

Palavras-chave: Comportamento alimentar. Pobreza. Desnutrição. Alimentação escolar.

A proposta de que a educação seja a matriz da estratégia de combate à pobreza e para a melhoria das condições de alimentação e nutrição está alinhada ao compromisso que governos e representantes dos diversos segmentos da sociedade apregoam como essencial para a superação das desigualdades sociais que caracterizam o Brasil, ao defendê-la como força motriz para o

crescimento e o desenvolvimento da nação e melhoria da qualidade de vida de seus cidadãos.

Ao longo de sua história, a Universidade vêm produzindo conhecimento e garantindo momentos de discussão para a proposição de caminhos a serem perseguidos no sentido de ampliar o acesso aos alimentos, monitorar o estado nutricional da população, melhorar a qualidade da dieta e fortalecer programas e políticas de alimentação e nutrição com o objetivo final de prevenir e combater os desvios da nutrição. Entre as iniciativas com esse propósito, chamamos a atenção para os trabalhos desenvolvidos nos eventos organizados pelo Grupo de Nutrição e Pobreza e que contaram com a participação de representantes da academia e do governo, com o objetivo de debater experiências de sucesso na área de nutrição, e ratificaram o tema educação, concebido a partir de uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar (Sawaya, 2006).

O trabalho interdisciplinar, contudo, exige um esforço contrário ao caminho traçado pela especialidade, que orienta o olhar para o detalhe, importante e necessário para a compreensão refinada e lúcida dos fenômenos, mas que dificulta superar a tangência entre os saberes.

Para o enfrentamento da fome e da desnutrição há que se resgatar aspectos fundamentais das diferentes áreas para o balizamento do que é essencialmente multiprofissional, buscando qualificar a intervenção na realidade que deverá ser aprimorada a partir da contribuição articulada e integrada das diferentes competências.

No que se refere à aquisição de práticas alimentares saudáveis, algo já se produziu na área de Educação Alimentar e Nutricional em torno do consenso de que muito mais do que o acesso à informação, são vivências de experiências positivas os fatores de sucesso para o estabelecimento de hábitos consistentes com a prevenção de doenças como a desnutrição e aquelas decorrentes dos desvios por práticas inadequadas quando o acesso ao alimento está garantido, como a obesidade (Solymos, 1997; Rodrigues, Soares, & Boog, 2005).

A existência de um ambiente promotor de vivências que valorizem práticas saudáveis é, portanto, propício para a implantação de um programa bem sucedido de Educação, ou, como discute Boog (1999), de *“uma proposta pedagógica de ensino baseada na situação concreta de vida”*. Com essa visão, é natural a expectativa de que a escola funcione como ambiente para promoção de Saúde e Educação Nutricional.

Para abordar esse tema, partiremos de uma discussão sobre a realidade de atuação de dois profissionais que compõem o cenário do ambiente escolar da rede pública de ensino com influência sobre a nutrição:

1. o nutricionista e sua atuação como técnico na área de alimentação escolar; e

2. o educador, que tem a oferecer contribuição relevante para a consecução dos objetivos de uma política de alimentação escolar consistente.

O nutricionista e a realidade da alimentação escolar

A rotina e a prática profissional do nutricionista estão desenhadas, independentemente de sua área de atuação, pelo exercício da dietética. Especificamente na área de alimentação escolar, sua atuação está também fortemente balizada, nos municípios, nos estados e na federação, por diretrizes regularizadoras do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE, que integra a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

O PNAE é uma das políticas públicas mais consistentes no Brasil, considerando-se sua perenidade – em 2005 completou 50 anos ininterruptos de existência – e cobertura, por atender a todos os escolares e pré-escolares da rede pública de ensino. Naturalmente, o contexto original em que se deu a Campanha da Merenda Escolar, em 1955 – a primeira iniciativa pública formal na área de alimentação escolar –, sofreu grandes modificações. À época do governo Getúlio Vargas, a Campanha surgiu como parte da política *A Conjuntura Alimentar e o Problema da Nutrição no Brasil*.

Transformada em 1979 no Programa Nacional de Alimentação Escolar, passou para a gestão do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia do Ministério da Educação (MEC), desde 1997. Uma boa retrospectiva com o detalhamento desse histórico foi feita por Spinelli e Canesqui (2002), e já tratamos do tema anteriormente (Domene, 2005).

Nesse breve histórico estão os elementos para justificar algumas das características que o programa apresenta:

1. A persistência do uso de alimentos formulados – dada a sua praticidade, produtos que vinham como pré-mixes desidratados cujo preparo exigia apenas a adição de água, traziam vantagens operacionais, como o pouco tempo para o preparo, menor peso e volume para transporte e armazenamento, muitas vezes prescindindo de refrigeração. Apesar do estímulo sobre o crescimento de importante segmento das indústrias de alimentação para produtos com essas características, houve movimento importante capitaneado pelos nutricionistas em favor do alimento *in natura*, que passou a predominar no cardápio. Contudo, ainda remanesce extensa lista de alimentos formulados na realidade de muitos municípios. Para combater esse quadro, a regulamentação do repasse de recursos por parte do FNDE, responsável pelo financiamento do

Programa, exige que pelo menos 70% dos recursos sejam destinados a alimentos “básicos, semi-elaborados ou *in natura*” (MEC, 2006);

2. A subordinação hierárquica à Educação – o fato de que o programa apresentava, como de resto muitas das políticas na área de alimentação e nutrição, caráter paternalista e assistencialista, levou a alimentação escolar a ser tratada como a forma de garantir a presença do aluno na escola, o que a tornou mais do que uma política de saúde, uma política de educação. Por esse motivo, talvez, seja compreendido que ainda hoje as unidades executoras – aquelas que estabelecem o convênio com o FNDE para a gestão dos recursos, sejam as Secretarias Municipais de Educação. Nesse aspecto reside um dos pontos que concorrem para o prejuízo da eficiência do PNAE, uma vez que trata-se de uma política de alimentação sob a gestão de um órgão que tem como missão “garantir educação de qualidade a todos os brasileiros”. Parece natural entender que, em um ambiente constituído eminentemente por educadores, a nutrição assumia um caráter adjuvante, apendicular, com comprometimento da interlocução das equipes dirigidas pelo nutricionista responsável técnico – um profissional de saúde –, e os demais gestores municipais diretamente ligados à alimentação escolar;

3. A gestão compartilhada – para evitar a consolidação de um programa com distorções decorrentes de centralização de compras como a facilitação ao desvio de recursos, promoveu-se no país uma ampla reforma do PNAE, iniciada a partir dos anos 90, com mecanismos mais claros de controle social, como ocorreu por meio da constituição dos Conselhos de Alimentação Escolar. Esse órgão, formado por representantes das escolas, dos pais de escolares, seus professores, dos poderes executivo e legislativo municipais, e da sociedade civil, tem como função precípua o acompanhamento do programa no município. A municipalização, ocorrida a partir daí, exigiu a recomposição do quadro técnico, colocando-se aí o nutricionista, e com grande inserção, especialmente nos municípios.

É nesse contexto que devemos discutir o papel do nutricionista. No ano 2000, a qualificação do programa foi notável, com aprimoramento dos mecanismos de acompanhamento de uma política de grandes proporções – em 2006, foram atendidos cerca 37 milhões de alunos, com orçamento de R\$ 1,5 bilhão.

O aprimoramento dos parâmetros técnicos dá o testemunho dessa qualificação. A Resolução/FNDE/CD/No 32 de 10 de agosto de 2006, que estabelece as normas para a execução do PNAE, apresenta claramente quais são as metas nutricionais que o profissional deve atender, em substituição à frágil disposição que vigorou por anos, e que apenas

indicava a necessidade de atendimento a 15% das necessidades nutricionais.

Por outro lado, a adoção desses valores de referência para energia e nutrientes pode ser pouco eficaz na prática, por dois motivos:

1. Há pequena capacidade nos municípios, para proceder ao cálculo dietético preciso de consumo – *quanto se consome* –, e de cobertura – *quantos consomem*; por essa razão, o dimensionamento do cardápio, mesmo quando acompanhado de cálculo dietético, não garante que sejam atendidas as cotas estimadas pelo programa;

2. O planejamento de dietas para grupos exige o conhecimento do consumo habitual, da variabilidade intra e interindividual, e estima certa margem de atendimento às necessidades nutricionais, pressupondo em contrapartida o menor percentual possível de indivíduos cujas necessidades nutricionais não serão atendidas, considerando os valores médios de necessidade – e não de recomendação.

Considerando a realidade atual nos municípios, a opção por planejar cardápios a partir da análise dos alimentos, e não dos nutrientes, parece vantajosa, naturalmente adotando-se os valores de recomendação como balizadores para a indicação de porções – *gramagens de referência* –, e frequência de grupos para cada um dos alimentos relevantes à nutrição na infância e adolescência. Planejando-se esses alimentos de referência de modo que a média de ingestão habitual supere os valores de recomendação, diminui-se a prevalência de inadequação.

Essa proposta contorna os problemas com possíveis erros que subestimem ou superestimem o planejamento quantitativo de nutrientes quando o conhecimento das variáveis citadas acima não está disponível. Ainda assim, será preciso uma estimativa do volume de consumo e da taxa de cobertura, para que esse modelo de referência – com base em alimentos que podem ser substituídos por similares regionais –, e não em nutrientes, seja concebido.

Outros fatos que indicam como as condições operacionais se apresentam à margem do que se sabe sobre práticas saudáveis de alimentação e que devem ser enfrentados se referem a:

1. Inadequação do cardápio ao horário: tomando-se como exemplo o período matutino, as refeições são servidas às 9h30. Vejamos alguns modelos de cardápio¹ e a compatibilidade com o que é esperado, considerando-se satisfação alimentar, para esse horário:

1 Cardápios adotados pelo Programa de Alimentação Escolar do Município de Campinas, empregados nesse artigo como exemplo.

- Macarrão penne com molho de carne em cubos e banana
- Feijão mexicano e arroz
- Polenta com carne em cubos
- Macarrão parafuso com molho
- Canja de galinha

2. Insuficiência do tempo para a refeição: os escolares têm entre 15 e 20 minutos de intervalo, o que exige agilidade para a organização dos escolares para o serviço do alimento e seu consumo;

3. Acompanhamento irregular do professor: ainda discute-se se o professor deve ou não acompanhar a criança no horário da alimentação, mesmo sendo conhecidos entre os objetivos do PNAE aqueles relacionados à educação e aquisição de práticas alimentares saudáveis.

Para concluir a avaliação sobre o papel do nutricionista no PNAE, tomemos a consulta a documentos oficiais sobre o exercício da profissão. A Resolução CFN N° 380/2005 estabelece que:

Compete ao Nutricionista, no exercício de suas atribuições na Alimentação Escolar, planejar, organizar, dirigir, supervisionar e avaliar os serviços de alimentação e nutrição. Realizar assistência e educação nutricional a coletividade ou indivíduos sadios ou enfermos em instituições públicas e privadas. (Conselho, 2005b)

E a Resolução CFN N° 358/2005, que dispõe sobre as atribuições do Nutricionista no âmbito do Programa de Alimentação Escolar, define como:

RESPONSABILIDADE TÉCNICA: é o compromisso profissional e legal na execução de suas atividades, compatível com a formação e os princípios éticos da profissão, visando a qualidade dos serviços prestados à sociedade .

Art. 3º. Compete ao nutricionista, no exercício de atividades profissionais no âmbito do Programa de Alimentação Escolar (PAE), programar, elaborar e avaliar os cardápios, observando o seguinte:

- adequação às faixas etárias e aos perfis epidemiológicos das populações atendidas;

I - respeito aos hábitos alimentares de cada localidade e à sua vocação agrícola;

II - utilização de produtos da região, com preferência aos produtos básicos e prioridade aos produtos semi-elaborados e aos in-natura.

Parágrafo único. Na elaboração de cardápios, o nutricionista deverá desenvolver as seguintes atividades:

- calcular os parâmetros nutricionais para atendimento da clientela com base em recomendações nutricionais, avaliação nutricional e necessidades nutricionais específicas, definindo a quantidade e qualidade dos alimentos, obedecendo aos Padrões de Identidade e Qualidade (PIQ);

I - planejar, orientar e supervisionar as atividades de seleção, compra, armazenamento, produção e distribuição dos alimentos, zelando pela qualidade e conservação dos produtos, observadas sempre as boas práticas higiênicas e sanitárias;

II - planejar e coordenar a aplicação de testes de aceitabilidade junto à clientela, quando da introdução de alimentos atípicos ao hábito alimentar local ou da ocorrência de quaisquer outras alterações inovadoras, no que diz respeito ao preparo, ou para avaliar a aceitação dos cardápios praticados, observando parâmetros técnicos, científicos e sensoriais reconhecidos e realizando análise estatística dos resultados;

V - estimular a identificação de crianças portadoras de patologias e deficiências associadas à nutrição, para que recebam o atendimento adequado no PAE;

V - elaborar o plano de trabalho anual do Programa de Alimentação Escolar (PAE) municipal ou estadual, contemplando os procedimentos adotados para o desenvolvimento das atribuições;

VI - elaborar o Manual de Boas Práticas de Fabricação para o Serviço de Alimentação;

VII - desenvolver projetos de educação alimentar e nutricional para a comunidade escolar, inclusive promovendo a consciência ecológica e ambiental;

VIII - interagir com o Conselho de Alimentação Escolar (CAE) no exercício de suas atividades. (Conselho, 2005a)

Vemos que a política espera do nutricionista uma atuação competente e livre, direcionada pela legislação, que deve representar balizamento, e não fronteira de atuação. Ao conhecer a realidade do grupo em que atua, o nutricionista deve adequar os recursos disponíveis, garantindo o respeito às disposições legais, para equacionar problemas identificados na comunidade a qual presta assistência dietética.

Estudos conduzidos com diferentes grupos populacionais têm demonstrado preocupação com o crescimento do número de adolescentes obesos, independentemente do estrato social a que pertencem. Em revisão sobre o tema, Lamounier (2000) reuniu dados de estudos sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade entre adolescentes brasileiros: os números apontavam 8,5% de adolescentes com sobrepeso ou obesidade em Belo Horizonte (1998), 12,2% no Rio de Janeiro (1999) e 22,3% em Florianópolis (1999). Mesmo não estando no escopo da refeição servida na escola a reversão dos desvios de ordem alimentar, o PNAE visa a educação para a nutrição saudável.

É, sem dúvida, um cenário desafiador para um profissional que dispõe de uma estrutura de trabalho limitada.

O papel do professor e sua relação com a alimentação escolar

Partindo, então, para a segunda abordagem, vejamos agora o cenário a partir da ótica do professor, fazendo referência, inicialmente, ao seu ambiente de trabalho com educação e, posteriormente, à interface com nutrição e saúde.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais ([PCN] MEC, 1998a) são disposições claras sobre quais são os conteúdos que o professor deve abordar em seu programa de trabalho. Estão concebidos em uma lógica de organização do conhecimento que valoriza a disciplina como lócus de conteúdos. Nesse sentido, referencia o modelo clássico de ensino que forma o próprio professor.

Entende-se que esse modelo contribuiu para a fragmentação do conhecimento, por valorizar mais a transmissão da informação precisa, especializada, pura, “certa”, e poderíamos dizer até “verdadeira”, no desejo do professor. Contudo, de que forma haver uma educação formativa, em que o professor possa, apoiado no conhecimento científico que sustenta o seu cabedal tecnológico, contribuir para que o aluno se aproprie de conhecimentos sobre os meios que o levam a melhorar sua qualidade de vida?

Essa talvez seja a justificativa para a proposição dos temas transversais como modelo, talvez, acessório aos PCN: incluir no ambiente escolar modos de trabalho em educação que dessem conta de temas cuja abordagem não caberia na estrutura tradicional das disciplinas. Talvez até pudessem caber, mas a um custo de reforma eventualmente desproporcional ao benefício. Além disso, tratar de questões como *ética, pluralidade cultural, meio ambiente, orientação sexual e saúde* – os cinco temas propostos para a transversalidade (MEC, 1998b) – parece mais ajustado em uma perspectiva interdisciplinar e transdisciplinar, dada a evidente multiplicidade de pontos de junção desses temas com as variadas disciplinas.

Retomando o raciocínio anterior, sobre a origem do conhecimento e a formação do professor, vemos que é importante a defesa do modelo tradicional – entendido como aquele que justifica a existência da academia que aplica o método científico para a produção do conhecimento, submetido à crítica que combate a “elitização do trabalho acadêmico”, que deve, de fato ser submetido a controle externo. Mas a capacidade desse modelo em formar profissionais, de modo geral, e de formar professores, de modo específico, para dar conta dessa nossa reflexão sobre o papel da escola, que sejam de fato agentes de transformação social parece ser muito

pequena. Os indicadores de desempenho escolar mostram a degradação progressiva do sistema de ensino no Brasil, em todos os níveis (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2003).

A análise desse contexto permite identificar os seguintes desafios:

1. De um lado, aprimorar a formação técnica do professor, para garantir a formação do aluno e a apreensão de habilidades específicas – escrever, ler, interpretar textos, fazer operações matemáticas, identificar povos e culturas;

2. De outro, qualificar os projetos pedagógicos da escola de forma que o educador seja capaz de traduzir o conhecimento científico em aprendizado útil ao estudante, não apenas do ponto de vista tecnológico, mas também como instrumento de acesso à cidadania; ilustrativamente, trata-se de associar a habilidade “ler” ao interesse pela leitura; de aplicar a habilidade em subtrair e somar para pagar uma conta e conferir um troco; a capacidade de identificar povos e culturas no mapa e tolerar, e, quem sabe, até admirar, as diferenças culturais.

Essas questões da área de educação mostram o hiato entre conhecimento e prática, que vitima a relação professor-aluno, e que acontecem também com o nutricionista. Há uma diferença fundamental entre o nutricionista-educador e aquele que acredita no trabalho de “educação alimentar” ao escrever cartilhas e aplicar a pirâmide de alimentos.

Não cabe aqui desfazer-nos da relevância de desenvolver material didático de qualidade, mas sim de não reduzir o que se espera de educação alimentar e nutricional a isso.

Essas questões são desafios sobre os quais os profissionais da área de educação já se debruçaram exaustivamente e com brilhantes contribuições para o acervo do conhecimento produzido na área. O que se constata, paradoxalmente, é que apesar da impressionante quantidade de material escrito e do volume de debates na área da educação, as dificuldades que o sistema de ensino no Brasil têm para equacionar a tragédia do fracasso escolar são inequívocas.

As causas dessa perversa realidade são inúmeras, e se iniciam pelo reconhecido desprestígio para com o educador, evidente não apenas pela modesta remuneração e pela inadequação das condições de trabalho – jornadas longas, classes numerosas, equipamento deficiente –, mas pelo contexto social que circunda a realidade do escolar e que torna a tarefa de educar um ato mais do que heróico.

Considerações finais

A escola, por princípio, é o ambiente ideal para a promoção da educação. Contudo, a análise do cenário atual mostra que promover “educação alimentar e nutricional” exige a compreensão de limites como o nível de envolvimento dos alunos, a qualificação do professor, a qualificação do nutricionista e a qualidade da refeição servida na escola.

Há um paralelismo histórico que curiosamente ilustra os avanços e desafios da educação, de um lado, e do PNAE, de outro: quando há três ou quatro décadas o número de crianças escolarizadas era muito pequeno, projetou-se a necessidade de garantir acesso a todos; passadas quase duas gerações, vemos que isso se deu: temos quase 100% das crianças e jovens em idade escolar matriculados. Resta agora formá-los. Quando há 50 anos não havia alimento na escola, implantou-se a Campanha Nacional da Merenda Escolar, e hoje o PNAE atende a mais de 37 milhões de escolares. Resta agora garantir o atendimento aos parâmetros nutricionais, e promover educação alimentar.

No que se refere a medidas que fomentem a escola como ambiente de promoção da saúde e de educação alimentar e nutricional, propõe-se:

1. A revisão de cardápios;
2. O aperfeiçoamento da aplicação da política nacional de alimentação escolar nos municípios, papel dos nutricionistas e gestores locais;
3. Medidas de estímulo ao professor para sua atuação como mediador da educação alimentar; eventualmente, o emprego das Horas de Trabalho Pedagógico Coletivo – HTPC, para o horário da alimentação escolar, com revisão do tempo de intervalo e eventual sistema de rodízio para garantia dos direitos trabalhistas do professor.

Notas:

Financiamento: atualmente, o valor per capita repassado pela União é de R\$ 0,22 por aluno de creches públicas e filantrópicas e de R\$ 0,22 por estudante do ensino fundamental e da pré-escola. Para os alunos das escolas indígenas e localizadas em comunidades quilombolas, o valor *per capita* é de R\$ 0,44.

The school as environment to promote the health and nutritional education

Abstract: Education as a strategy to fight poverty and undernutrition is a proposal that comes together with the growth and development of a nation. The elementary school environment seems to offer unique conditions for the acquisition of healthy feeding practices, considering the presence of both children and teachers sharing the same place and time. Feeding behavior is a consequence of experiences from many relational levels, from interpersonal, to environmental, community, and even political. The interaction between education area and the National Scholar Feeding Program can result in a relevant proposal with feasibility and sustainability. However, the policy execution faces technical limitations, which demand attention of the nutritionists and policy managers and, moreover, the teachers commitment is still in the beginning. The challenge is to promote collaboration and exchange of knowledge across nutrition and education areas. The paper discusses the technical approach that sustains the nutritionist practice, as well as the limits faced by teachers, considering the quality of the educational system in Brazil.

Keywords: Feeding practices. Poverty. Malnutrition. School feeding.

L'école comme l'environnement pour promouvoir la santé et l'éducation nutritive

Résumé: L'éducation comme une stratégie pour combattre la pauvreté et la sous-alimentation est une proposition qui vient ensemble avec grandir de nation et le développement. L'environnement élémentaire d'école semble offrir des conditions uniques pour l'acquisition de pratiques d'alimentations saines, considérant la présence d'enfants et de professeurs partageant le même lieu et le même temps. Le comportement d'alimentation est une conséquence d'expériences de beaucoup de niveaux relationnels, d'interpersonnel, à écologique, la communauté, et même la politique. L'interaction entre le secteur d'éducation et le Lettré National Nourrissant le Programme peut avoir pour résultat une proposition pertinente avec la possibilité et la durabilité. Cependant, l'exécution de politique fait face aux limites techniques, qui exige l'attention des directeurs de nutritionnistes et politique et, de plus, l'engagement de professeurs est toujours au départ. Le défi est de promouvoir la collaboration et l'échange de connaissance à travers les secteurs de nutrition et éducation. Le papier discute l'approche technique qui soutient la pratique de nutritionniste, de même que les limites fait face à par les professeurs, considérant la qualité du système éducatif au Brésil.

Mots-clés: Nutrition scolaire. Pauvreté. École. Faim. Alimentation en milieu scolaire.

La escuela como ambiente para promover la salud y la educación nutricional

Resumen: La educación como estrategia de lucha contra la pobreza y la desnutrición es una propuesta que está ligada a un concepto de una nación en crecimiento y desarrollo. El ambiente de la escuela elemental parece ofrecer las condiciones propicias para la adquisición de prácticas de alimentación saludables, considerando la presencia de niños y profesores compartiendo el mismo espacio. El comportamiento alimenticio es consecuencia de las experiencias vividas en diferentes niveles de relación, desde relaciones interpersonales, ambientales, comunitarias hasta relaciones políticas. La articulación del área de educación con la Política Nacional de Alimentación Escolar puede resultar en una propuesta de integración de carácter sostenible y duradero. Sin embargo, la ejecución de la política enfrenta límites de orden técnico, que merecen la atención del nutricionista y demás gestores, además del involucramiento de los profesores que todavía es incipiente. El desafío es, entonces, promover la colaboración y el intercambio de conocimientos entre nutrición y educación. Los parámetros técnicos que soportan el trabajo del nutricionista serán discutidos en este trabajo, así como los límites enfrentados por los profesores, teniendo en cuenta la calidad del sistema de educación en Brasil.

Palabras clave: Prácticas alimentarias. Pobreza. Desnutrición. Alimentación escolar.

Referências

- Boog, M. C. F. (1999). Educação nutricional em serviços públicos de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(s.2), S139-S147.
- Conselho Federal de Nutricionistas. (2005a). *Resolução CFN N° 358/2005 de 18 de maio de 2005*. Dispõe sobre as atribuições do nutricionista no âmbito do Programa de Alimentação Escolar (PAE), e dá outras providências. Brasília, DF
- Conselho Federal de Nutricionistas. (2005b). *Resolução CFN N° 380/2005 de 28 de dezembro de 2005*. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Brasília, DF.
- Domene, S. M. A. (2005). Políticas públicas em alimentação escolar. *Ciência e Tecnologia IEA USP*, 2(43), 57-67.
- Lamounier, J. A., Alves, F. M. T., Barbosa, F. A. M., Carneiro, F. S., Mata, L. A. C., Guedes, J. O. B. et al. (2000). Prevalência de sobrepeso em adolescentes no ambulatório de adolescência do Hospital das Clínicas da UFMG.

In *Anais do Simpósio Obesidade e Anemia Carencial na Adolescência* (pp. 211-212). Salvador: Instituto Danone .

Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. (2006). *Resolução/FNDE/CD nº 32 de 10 de agosto de 2006*. Estabelece critérios de execução do PNAE. Recuperada de <http://www.fnde.gov.br>

Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. (1998a). *Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental: introdução aos parâmetros curriculares nacionais*. Brasília, DF.

Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. (1998b). *Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais*. Brasília, DF.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2003). *Literacy skills for the world of tomorrow – further results from PISA 2000*. Montreal: Organisation for Economic Co-Operation and Development. Unesco Institute for Statistics.

Rodrigues, E. M., Soares, F. P. T. P., & Boog, M. C. F. (2005). Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Revista de Nutrição*, 8(1), 119-128.

Sawaya, A. L. (2006). Comida e educação. *Estudos Avançados*, 20(58), 133-146.

Solyomos, G. M. B. (1997). A experiência vivida de mães de desnutridos: um novo enfoque para intervenção em desnutrição infantil. In A. L. Sawaya (Org.), *Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição* (pp. 127-153), São Paulo: Cortez.

Spinelli, M. A. S., & Canesqui, A. M. (2002). O programa de alimentação escolar no estado de Mato Grosso: da centralização à descentralização (1979 - 1995). *Revista de Nutrição*, 15(1), 105-117.

Semíramis Martins Álvares Domene, Professora Titular, Faculdade de Nutrição, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Endereço eletrônico: semiramis@puc-campinas.edu.br

Recebido em: 30/04/2008

Aceito em: 10/08/2008

4 POBREZA E ALIMENTAÇÃO: UMA HISTÓRIA DE AVANÇOS E RETROCESSOS

Socióloga especializada na temática de avaliação de políticas públicas nas áreas de combate à fome e à pobreza, Anna Peliano, membro do Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza do IEA, abordou no seminário “Avanços e Retrocessos na Trajetória das Políticas de Combate à Fome no Brasil” o histórico das políticas governamentais ligadas à alimentação e à pobreza, enfatizando os avanços e demarcando os desafios a serem enfrentados.

O registro em vídeo do evento, realizado em abril de 2011, está disponível em:

**Avanços e Retrocessos na Trajetória das Políticas
de Combate à Fome no Brasil**

Vídeo: [Íntegra](#)



Ana Lydia Sawaya e Anna Peliano falam no evento “Avanços e Retrocessos na Trajetória das Políticas de Combate à Fome no Brasil” | Foto: Mauro Bellesa/IEA-USP

O seminário seguinte, primeiro da série “Integração Pesquisa-Serviço”, teve como tema “Desafios Para a Erradicação da Pobreza: O Papel da Educação”. Nessa oportunidade, o GPNP discutiu os processos educativos que contribuem para a erradicação da pobreza, procurando, de acordo com os educadores, pesquisadores e representantes dos Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento Social, participantes, contribuir para a reflexão sobre os desafios da pobreza e subsidiar a gestão de políticas públicas sobre a questão.

O registro em vídeo do evento, realizado em junho de 2011, está disponível em

Desafios: Para a Erradicação da Pobreza: O Papel da Educação

Vídeo: [Parte 1](#) [Parte 2](#) [Parte 3](#)

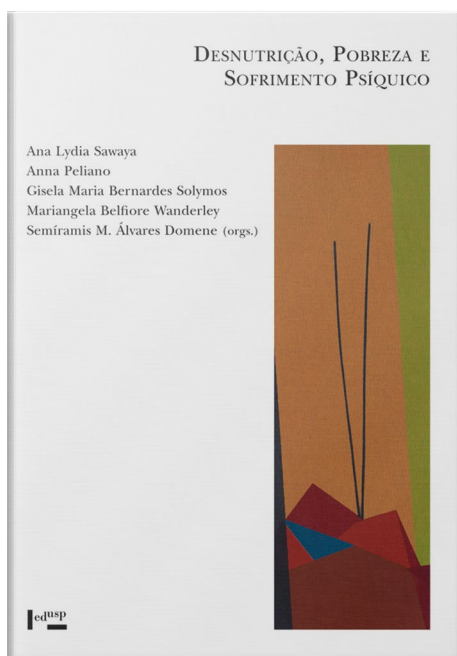
Nesse mesmo ano, as observações do GPNP sobre fome e desnutrição alcançaram também as condições socioeconômicas e psíquicas de pessoas e comunidades em vulnerabilidade. O livro “Desnutrição, pobreza e sofrimento psíquico” reuniu relatos sobre como o comprometimento da qualidade de vida e da capacidade produtiva na pobreza revela um complexo cenário de privações.

O tema principal do livro é o relato de pesquisas realizadas em vários estados do Brasil sobre a complexa interface da fome e da desnutrição entre os sujeitos em situação de vulnerabilidade determinada pela pobreza. Os ensaios resultam das discussões realizadas no Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza do IEA, que dispõe de dados de pesquisa de campo que permitem observar e analisar as condições de vida, socioeconômicas, psíquicas, de saúde e nutrição de comunidades de baixa renda.

Embora tenha havido nos anos anteriores à publicação uma diminuição na prevalência de desnutrição e uma melhora nas condições de renda e de bem-estar, ainda persistiu uma pobreza estrutural que escapa às estatísticas oficiais e que as políticas públicas têm dificuldade em eliminar. Como sabemos, depois de 2014 o Brasil experimentou grande retrocesso na garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada, e chegamos a 2022 com 33 milhões de pessoas com fome – número comparável à situação do país nos anos 1990.

Ao lado de dados quantitativos, os autores também apresentam a experiência subjetiva, a forma como as pessoas vivenciam a pobreza, seu sofrimento e isolamento social.

O lançamento do livro mereceu resenha de Francisco Menezes, presidente do Conselho Nacional de Segurança Alimentar entre 2004 e 2007, e pesquisador do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase), com o título: “Desnutrição, pobreza e sofrimento psíquico, uma articulação necessária”. A resenha está disponível em:



Capa do livro “Desnutrição, pobreza e sofrimento psíquico”, publicado pela Edusp em 2011.

**Desnutrição, pobreza e sofrimento psíquico:
uma articulação necessária**

Texto: DOI Scielo

No ano seguinte, o sociólogo Serge Paugam (École des Hautes Études en Sciences Sociales, França) discutiu o processo de estigmatização e desqualificação social associado à pobreza no encontro “A pobreza sob o ângulo da Teoria dos Vínculos Sociais: um Percurso de Pesquisa”. Partindo da teoria dos vínculos sociais, Paugam analisou as três fases compreendidas nesse processo, levando em consideração a au-




Martin Grossmann, Ana Lydia Sawaya e Serge Paugam no encontro “A Pobreza Sob o Ângulo da Teoria dos Vínculos Sociais: Um Percurso de Pesquisa” | Foto: Sandra Codo/IEA-USP



Serge Paugam e Mariangela Belfiore Wanderley falam no evento “A Pobreza Sob o Ângulo da Teoria dos Vínculos Sociais: Um Percurso de Pesquisa” | Foto: Sandra Codo/IEA-USP

topercepção dos indivíduos pobres, o grau de dependência desses indivíduos em relação ao sistema de assistência social e as relações que mantêm com outros segmentos da sociedade.

O registro em vídeo do evento, realizado em agosto de 2012, está disponível em:


**A Pobreza sob o ângulo da Teoria dos Vínculos Sociais:
um Percorso de Pesquisa**
Vídeo:  Íntegra


Outros dois eventos compõem esta temática:

1 - O II Seminário Integração Pesquisa-Serviço foi intitulado “Educação, Enfrentamento das Desigualdades Sociais e da Pobreza — França, Brasil e Reino Unido”, e teve como objetivo ampliar as discussões sobre as diversas manifestações da pobreza e da desigualdade social e as estratégias para o seu enfrentamento, reunindo pesquisadores das três nações.

2 - Os temas da pobreza e da desnutrição são abordados na Roda de Conversa “Letramentos de Crianças no Lar e na Comunidade Baseados na Religião”, com a professora de língua e cultura da educação Eve Gregory, da University of London (UK). Ela é uma entre os estudiosos que questionam a relação da pobreza e a desnutrição como causadoras do não aprendizado da leitura e escrita.

Os registros em vídeo desses eventos, realizados em setembro de 2012 e março de 2013, estão disponíveis em:

**Educação, Enfrentamento das Desigualdades Sociais
e da Pobreza — França, Brasil e Reino Unido**
Vídeo:  Íntegra

**Letramento de Crianças no Lar e na
Comunidade Baseados na Religião**
Vídeo:  Íntegra



Sandra Sawaya, Lisete Arelaro, Martin Grossman, Ana Lydia Sawaya e Camila Giorgetti participam do seminário “Educação, Enfrentamento das Desigualdades Sociais e da Pobreza” | Foto: Mauro Bellesa/IEA-USP



Sandra Sawaya e Eve Gregory no evento “Letramentos de crianças no lar e na comunidade baseados na religião” | Foto: Mauro Bellesa/IEA-USP

As relações entre Saúde Pública e Nutrição foram tema da edição 78 da revista *Estudos Avançados*, lançada em setembro de 2013 com evento que tratou da associação entre esses campos de conhecimento.

A seguir estão apresentados os artigos publicados nesse número.

“Abra a felicidade”? Implicações para o vício alimentar

ANA LYDIA SAWAYA e ANDREA FILGUEIRAS

QUE É A FELICIDADE e o que pode nos trazer felicidade realmente? Aristóteles afirma que felicidade só pode ser a realização plena daquilo que é a característica singular do ser humano, aquilo que o define. E para ele a felicidade é alcançada quando o ser humano é plenamente satisfeito e realizado na sua essência que é a atividade racional e não as sensações, a nutrição ou o crescimento. Conquistar apenas a plenitude dessas últimas experiências o igualaria às plantas e aos animais, assim não poderia ser a realização plena do ser humano, mas apenas parcial. Nesse caso, pode-se falar de prazer, mas não de felicidade. Em *A Ética Nicomaqueia* (Reale, 2007) podemos encontrar uma descrição magistral dessa constatação:

Se dizer que a felicidade é o sumo bem parece algo sobre o qual se está de acordo, todavia sente-se a necessidade de dizer ainda algo mais preciso sobre a sua natureza. Poderemos fazer isso sem dificuldade, se examinarmos a *atividade específica* do ser humano. [...] E qual seria essa atividade? Não o viver, pois esse é comum também às plantas, uma vez que se busca algo que lhe seja próprio. É preciso, pois, excluir a nutrição e o crescimento. Seguiria a sensação, mas também esta se mostra comum ao cavalo, ao boi e a todo animal. Resta, pois, uma vida ativa própria do ser racional. [...], e esta é constituída pela atividade da alma e das ações racionais. [...] Se, pois, é assim, então o bem próprio do ser humano é a atividade da alma segundo a virtude, e se múltiplas são as virtudes, segundo a melhor e a mais perfeita. E isso vale também para uma vida realizada. Com efeito, uma única andorinha ou um único dia não fazem verão; assim também um único dia ou um breve momento não proporcionam a beatitude ou a felicidade. (Aristóteles, *A Ética Nicomaqueia*, A 7, 1097 b 22-1098 a 20)

É claro, portanto, que um momento de prazer não pode ser considerado felicidade. Para os filósofos gregos, *prazer (hedonia)* e *felicidade (eudaimonia)* não são sinônimos. Platão e Aristóteles afirmam em muitas passagens que confundir os dois traz grandes males aos seres humanos.

Eudaimonia significa para os gregos ter um *daimon* (espírito) bom e protetor que leva, conseqüentemente, a uma vida próspera (Reale, 2009). O filósofo pré-socrático Heráclito já afirmava que a *eudaimonia* não está nas coisas corpóreas: “Se a felicidade consistisse nos prazeres do corpo, deveríamos dizer que são felizes os bois, quando comem”.

Uma passagem de Platão em *Górgias* diz explicitamente que a felicidade se alcança a partir da educação da alma ou espírito para buscar a justiça, o bem, o belo e o verdadeiro, e assim a *virtude*:

Polo – Evidentemente, ó Sócrates, dirás que nem mesmo o grande Rei é feliz.
Sócrates – E direi simplesmente a verdade, pois não sei como ele se encontra quanto à formação interior e quanto à justiça.

Polo – Mas como? Toda a felicidade consiste nisso?

Sócrates – A meu ver sim, ó Polo. Com efeito, eu digo que quem é honesto e bom, seja homem ou mulher, é feliz, e que o injusto e mau é infeliz. (Platão, *Górgias*, 470 e)

Aristóteles explicita ulteriormente que a *virtude* se alcança quando aprendemos a viver a “justa medida” com relação aos nossos sentimentos, paixões e ações:

Com relação ao temor, ao ardor, ao desejo, a ira, a piedade, e em geral, ao gozo e a dor há um excesso e uma falta, e ambos não são bons; mas se experimentamos aquelas paixões quando se deve, no que se deve, contra quem se deve, com a finalidade e do modo que se deve, então estaremos no meio e na excelência, que são próprios da virtude. [...] A virtude é uma certa mediania, quem tem por finalidade a justa medida. (Aristóteles, *A Ética Nicomaqueia*, B 6, 1106 b 18-28)

Assim, a “justa medida” é um ato da razão que impõe a sentimentos, ações ou atitudes um controle, sem o qual esses tenderiam ao desequilíbrio por falta ou excesso de algo. E o desequilíbrio leva à infelicidade. Esclarece-se assim que ambas as circunstâncias, falta de gozo ou excesso desse, geram perda da felicidade.

Ilustrativas nesse aspecto são pesquisas recentes que relacionam salário e satisfação com a vida onde o pico de satisfação encontra-se no meio termo, e indivíduos muito ricos ou muito pobres têm escores de satisfação mais baixos (Kringelbach; Berridge, 2009).

O mundo se alimenta cada vez pior. Desde a década de 1980 com o grande crescimento dos alimentos industrializados (McCrory et al., 1999) e do crescimento do hábito de comer fora de casa houve um crescimento do número de pessoas de todos os extratos sociais que sofrem de distúrbios alimentares e com as doenças crônicas relacionadas a esses como obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares. Quase dois bilhões de pessoas têm atualmente excesso de peso (IBGE, 2010). O problema alimentar vem crescendo continuamente e recentemente a obesidade passou a ser uma doença que acomete cada vez maior número de crianças e adolescentes. Embora a obesidade seja uma doença multicausal, existem fortes evidências da influência da propaganda e do ambiente obesogênico na mudança dos hábitos alimentares.

Como isso foi possível? A alimentação de um povo sempre foi uma das características mais específicas de cada cultura desde tempos primordiais. Apesar disso as indústrias e o comércio de alimentos desenvolveram técnicas para venda e para indução de hábitos alimentares novos que foram capazes de ultrapassar a profunda influência cultural de cada povo ao se alimentar. E mais recentemente, foram capazes de desenvolver sabores, imagens e técnicas de persuasão para atingir as crianças de todas as classes sociais e mudar seus hábitos e de suas famílias.

Não é difícil a esse ponto perceber que tocaram em algo muito profundo no ser humano, naquilo que mais o define e o faz mover-se: a busca da felicidade.

Este artigo tem como objetivo debruçar-se sobre pesquisas recentes da influência do consumo de alimentos palatáveis na neuroanatomia funcional do prazer e sua implicação para o vício alimentar. E, por fim, discutir brevemente o Modelo Transteórico como ferramenta para intervenção no tratamento da obesidade.

Neuroanatomia funcional do prazer

Estudos sobre a neuroanatomia do prazer revelam a existência de centros cerebrais que trabalham em rede ativando neurotransmissores que controlam os eventos e estados de prazer, e que compõem o chamado *círculo cerebral hedônico* (Kringelbach; Berridge, 2009). Esses centros controlam três comportamentos distintos embora interligados: *gostar*, *querer* e *aprender*, e cada um deles controla respostas neurais conscientes e inconscientes. Sabemos que o prazer cresce quando à experiência de prazer se acrescenta a lembrança do prazer obtido pela mesma circunstância no passado. Vários desses centros estão na região mais central do sistema nervoso onde se localiza o sistema límbico, mas possuem conexões neurais muito extensas com as regiões do córtex cerebral onde estão localizadas as funções conscientes e de ordem superior como os prazeres musicais, artísticos e transcendentais (Figura 1).

“Gostar”

A região mais estudada até o momento é o *núcleo acumbens* (Figura 1) onde se localiza primordialmente o controle da sensação de “gostar” e que não tem mais de um centímetro cúbico de extensão no cérebro humano. Experimentos em animais mostraram aumento de duas/três vezes na sensação de “gostar” quando neurônios dessa região foram estimulados por microinjeções de substâncias doces e moduladores neuroquímicos como os hormônios *opioides* e *endocanabinoides*. Esses hormônios são produzidos nas células nervosas do nosso organismo e têm efeito semelhante ao das drogas como ópio ou *Cannabis* (maconha) daí o seu nome. São nossos estimuladores endógenos de prazer e são produzidos para direcionar nossa atenção específica para as atividades fundamentais para a sobrevivência como buscar e comer alimentos ricos em energia e nutrientes (açúcar, carnes, sal), atrair-nos para a reprodução e cuidado da prole etc.

“Querer”

O prazer traduz-se também em processos neurais que ativam comportamentos de “querer”, busca insistente, procura e atenção focalizada que podem durar dias (Sawaya, 2013a; 2013b). O objeto do nosso desejo torna-se um *estímulo saliente* que predomina sobre outros estímulos. Aquela “ideia” que não se consegue tirar da cabeça e que vem como pensamento involuntário. Esse comportamento depende principalmente da ativação do neuro-hormônio *dopamina* no sistema límbico. O comportamento de “gostar” é diferente e independente daquele de “querer” (Berridge, 2007). É possível “querer” sem “gostar” e esse

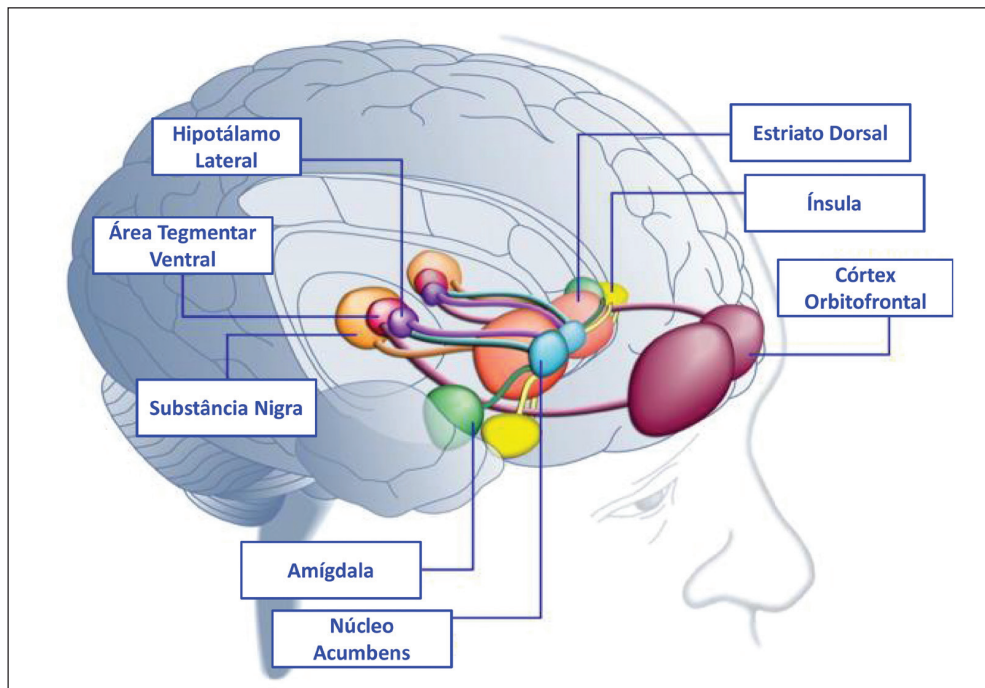


Figura 1 – Áreas do sistema nervoso central que são estimuladas pela ingestão de alimentos palatáveis ou pela presença de sinais visuais, auditivos, gustativos e ambientais que ativam a memória e a procura desses alimentos. O córtex orbitofrontal e a amígdala são importantes para a codificação e resposta consciente a *alimentos recompensadores*. A ínsula processa informação relacionada ao sabor dos alimentos e sua avaliação hedônica. O núcleo acumbens e o estriato dorsal que recebem informações do sistema dopaminérgico (de células nervosas produtoras do neurotransmissor dopamina) da área tegmentar ventral e substância nigra regulam as propriedades motivacionais e os *estímulos salientes* (atenção dominante). Atribui-se ao hipotálamo lateral a regulação da procura específica por um alimento palatável e a geração de respostas recompensadoras. Essas áreas cerebrais trabalham em rede de forma a regular o comportamento de aprendizagem das propriedades hedônicas de um alimento, direcionam a atenção para a obtenção desse e os esforços para obtê-lo levando a sensações prazerosas e de recompensa após sua ingestão. Controlam os mecanismos de saciedade e favorecem a ingestão oportunista (sempre que o alimento ou um sinal desse estiver disponível, mesmo na ausência de fome) (modificado de Kenny, 2011).

é exatamente o caso do comportamento de vício. O descontrole irracional do comportamento de “querer” está associado a uma diminuição da resposta à estimulação dopaminérgica no sistema límbico e outros centros associados. Por esse motivo o indivíduo necessita de substâncias ou eventos estimulantes (ganhar dinheiro, droga, sexo, alimentos com sabor doce, entre outros) em maior quantidade e frequência para obter a mesma sensação de prazer que um indivíduo não viciado. Essa dissociação é possível, pois os centros que controlam o comporta-

mento de “querer” estão localizados principalmente no sistema límbico e separados dos sistemas que geram a consciência do prazer que estão principalmente nas regiões do córtex cerebral como o córtex orbitofrontal (Figura 1). Essa é a razão do porquê pessoas viciadas apresentam comportamento compulsivo de “querer” e fazer todo o esforço possível para obter drogas, por exemplo, e, ao mesmo tempo, do ponto de vista da consciência, não desejem que seja assim. Essa é certamente uma receita para grande infelicidade (Kringelbach; Berridge, 2009). Esse fenômeno ocorre pelo uso abusivo de uma determinada substância ou repetição excessiva de um determinado comportamento e parece gerar uma “resistência” da resposta excitatória nos centros nervosos, diminuindo como mecanismo de defesa sua “sensibilidade” a estímulos.

“Aprender”

Um terceiro componente que influencia grandemente a experiência de prazer é o “aprendizado”. Em uma extensa revisão (Sawaya, 2013a) mostramos que alimentos e bebidas industrializados/comercializados altamente palatáveis, ou seja, produzidos para gerar grande prazer promovem alterações neuroanatômicas que podem ser permanentes e passar para os filhos e próximas gerações. Essas alterações causam um desbalanço fisiológico que inclui modificações em processos neurais e metabólicos envolvendo processos de memória, aprendizagem e influências do contexto social. Sabe-se que cada vez que trazemos à consciência uma lembrança, acabamos por conservá-la melhor em nossa memória, ou seja, com muito mais facilidade e “naturalmente” vem à nossa mente. Isso funciona tanto para lembranças positivas como para negativas. Cada vez que lembramos um fato, uma situação, a memória desse fato é reforçada em nossa mente. Ao contrário, se não nos lembramos de algo por muito tempo, a memória desse fato vai aos poucos sendo perdida. Os mecanismos associados ao processo de memória envolvem duas etapas: a informação é trazida à nossa consciência e, em seguida, uma vez que foi trazida à consciência, é recopiada em nossa memória. Essa “nova” memória apaga as memórias anteriores, renovando sempre as informações contidas nela.

Reflexo condicionado

Cada vez que a lembrança de um fato é reescrita em nossa memória, ele pode ser reescrito de forma ligeiramente diferente. Esse procedimento tem sido utilizado para extinguir a memória recorrente da ansia por drogas e recaídas. Sabe-se que o uso das drogas e as recaídas envolvem associações mnemônicas entre o ato de consumir a droga, os ambientes propícios onde esse consumo se dá e os efeitos da estimulação das drogas nos centros cerebrais que controlam o “querer” e o “prazer”. Essas associações são aprendidas e guardadas na memória, e geram também *reflexos condicionados*.

Experimentos têm sido desenvolvidos para apagar os condicionamentos e sinais ambientais que são capazes de persistir mesmo após longo período de abstinência. Mudar de ambiente rapidamente (10 minutos após o consumo da

droga) faz que ratos “esqueçam” a associação entre droga e ambiente e passem a não mais procurar o ambiente onde normalmente encontravam a droga (Xue et al., 2012). Quando o experimento foi realizado com pessoas dependentes de heroína, a mudança de ambiente após 10 minutos (mas não uma hora depois) permitiu que a memória ligada à droga fosse reescrita e eles não experimentaram mais a ânsia pela droga como antes. Esse fato mostra a potência do ambiente e contexto social na neuroanatomia do prazer.

Propagandas de alimentos e bebidas

Cresem também evidências de que as propagandas de alimentos e bebidas açucaradas ou com sabor doce (refrigerantes, sucos de frutas industriais, sucos em pó) geram esse mesmo reflexo condicionado: vejo – lembro – quero ansiosamente – me sinto recompensado momentaneamente (Sawaya, 2013a). E esses estímulos têm aumentado o comer/beber como vício, especialmente nas pessoas mais suscetíveis. Nesse sentido, são particularmente perigosas e nocivas à saúde mensagens que chegam frequentemente à consciência e são, portanto, com frequência reescritas na memória gerando reflexos condicionados, como a propaganda de refrigerante que intitula este artigo. Há muitos exemplos, pois essa técnica mnemônica e de indução de comportamento tem sido amplamente usada pela indústria, eis alguns: “amo muito tudo isso”, “um sabor inesquecível”, “exageradamente gostoso”, “com sabor de quero mais”, “impossível comer um só”. De todas as faixas etárias, as crianças são as mais suscetíveis à criação desses reflexos condicionados e também o principal agente para indução do consumo de alimentos e bebidas industrializados na família.

Hoje não há mais dúvidas sobre a influência das propagandas, sobretudo na televisão e nas escolas para o aumento excessivo do consumo de alimentos/bebidas industrializados e comercializados. Estamos vivenciando um nova geração de crianças e adolescentes com excesso de peso que veem muitas horas de televisão (há relação direta entre horas assistindo televisão e ganho de peso), chamada por alguns autores de *obesiTV* (Boulos et al., 2012).

Um exemplo da força do aprendizado na aquisição de um hábito e na geração do prazer, reforçado pelo ambiente e contexto social, é o consumo crescente de cerveja no Brasil. A cerveja nasceu em países europeus onde a baixa temperatura impedia a produção de uva e vinho. Além de aumentar a temperatura corporal, é diurética, desidrata e, portanto, aumenta a sede. Foi, justamente, desenvolvida em climas frios após a descoberta da sua capacidade de aquecer o corpo e fornecer energia. Mas uma estratégia de *marketing* extremamente bem-sucedida da indústria de bebidas conseguiu mudar o hábito de beber cachaça e introduzir a cerveja através da invenção da cerveja “estupidamente” gelada; o que nos países de origem dessa seria inaceitável. Assim, passou a vender a sensação refrescante, o copo gelado, juntamente à cerveja. A maciça propaganda com mulheres e lugares bonitos, jovens em férias, direcionada ao público masculino e mais recentemente ao jovem e feminino impôs um contexto social que tornou a

cerveja um ícone para se encontrar com os amigos e a bebida das férias de verão em nossas praias tropicais. Mas, poderíamos nos perguntar, os sinais metabólicos internos do aumento desagradável da temperatura corporal, assim como da sede não são percebidos e levados à consciência? Sim, mas o contexto social e o aprendizado durante a juventude, as ocasiões agradáveis em que é consumida tornaram-se o *estímulo predominante ou saliente* para seu consumo obliterando os sinais metabólicos.

Esse exemplo nos introduz a um último aspecto da neuroanatomia funcional do prazer, ou seja, a experiência humana de “gostar”, “querer” e “aprender” implica a tomada de consciência desses fenômenos e, portanto, o envolvimento do córtex cerebral onde nossas funções mais complexas são codificadas. De fato, regiões corticais como o córtex orbitofrontal e a ínsula fazem parte do circuito cerebral hedônico (Figura 1). Estudos em seres humanos que se utilizam de técnicas de neuroimagens mostraram que essas regiões são ativadas quando imagens, sons, aromas, ou a presença num determinado ambiente antecipam o prazer, evocam a memória de experiências prazerosas e envolvem decisões de buscar de novo a experiência (Kringelbach; Rolls, 2004).

Alimentos e bebidas recompensadores

A indústria de alimentos e bebidas e o comércio de alimentos consumidos fora de casa em restaurantes, cantinas e lanchonetes desenvolveram uma série de produtos que ativam sobremaneira o sistema hedônico, geram consumo excessivo na ausência de fome e descontrole alimentar. Emoções e sentimentos prazerosos são respostas mentais que servem para reforçar os benefícios ou evitar os efeitos nocivos de estímulos ambientais e comportamentais. Os três componentes da dieta moderna que respondem a essas características são: *açúcar, gordura e sal*; e a mistura deles em doses “certas” tem efeito somatório na geração de prazer (Sawaya, 2013b). Alimentos ricos em açúcar, gordura e sal geram mais do que outros alimentos emoções positivas que aumentam a motivação para obtê-los, tão logo sejam lembrados ou estejam disponíveis ao alcance da mão, ou seja, ingeri-los é *recompensador*. Nosso organismo desenvolveu um apetite particular por eles, pois garantem maior disponibilidade de energia como o açúcar e a gordura, enquanto o sal garante o balanço hidroeletrolítico vital para o funcionamento do organismo.

Esses componentes, quando combinados e acrescentados em maior quantidade à comida, direcionam o consumidor a comer na ausência de fome, não enjoar e lembrar-se com mais facilidade da sensação prazerosa a ponto de escolher e preferir aquele produto entre outros (Sawaya, 2013b). Foram três as estratégias principais para se obter esse resultado (Kessler, 2009): a) a criação de uma percepção positiva sobre um produto, encorajando-nos a ir atrás dele; b) a informação de que teremos uma experiência prazerosa e recompensadora ao adquirir aquele produto, até chegar a dizer que ingeri-lo nos fará “felizes”; c) exposição frequente da marca, da embalagem do produto, da foto do restaurante,

de forma a gerar uma aprendizagem dos sinais relacionados ao produto fazendo que esse venha à memória inesperada e repentinamente, quando passamos numa determinada rua, quando saímos da escola, quando vamos ao supermercado ou vemos um *outdoor*. Assim, quando temos diante dos olhos alguns bombons, biscoitos, salgadinhos ou batata frita, e sentimos o aroma deles, é praticamente impossível não apanhar um. E, logo depois, esse gesto “abre o apetite”, e nos faz querer mais. Naquele momento podemos não estar com fome e pode ser que nem tenhamos o hábito de ingeri-los, mas a “sua presença” focaliza a nossa atenção até que respondamos ao estímulo que eles suscitaram. Eles se tornaram um *estímulo saliente*, com capacidade de capturar predominantemente a nossa atenção.

Controle hormonal

Alimentos ricos nesses ingredientes podem manter o seu efeito estimulante por um longo período através da liberação mais prolongada de *dopamina* pelo sistema hedônico. Estudos em animais mostraram que a liberação desse neurotransmissor não sofre o processo de habituação quando alimentos altamente palatáveis são ingeridos em relação àqueles menos palatáveis como a ração normal (Norgren et al., 2006). Esse fenômeno mostra que o organismo vê vantagens na ingestão desses alimentos em relação a outros, e inibe o processo de habituação, favorecendo o consumo sempre que há oportunidade. A liberação de dopamina é maior se o alimento palatável é oferecido em pequenas quantidades de forma intermitente, se o animal pode antecipar sua oferta por algum sinal ambiental reconhecível, ou ainda se o horário é mantido a cada dia. O grau de palatabilidade de um alimento é calculado pela intensidade da percepção hedônica dos sinais orossensoriais (aroma, sabor, imagem, textura) provocados por este (Yeomans, 1998).

Alimentos palatáveis também retardam a liberação do neurotransmissor *acetilcolina* que controla a atividade nervosa do sistema parassimpático no trato gastrointestinal ativando a digestão e absorção de alimentos (Rada et al., 2005). O pico de acetilcolina ocorre no final de uma refeição e seu retardo aumenta a quantidade de alimentos ingeridos. Os hormônios *leptina* (produzida no tecido adiposo) e *insulina* (produzida no pâncreas) também atuam diretamente nos neurônios dopaminérgicos modulando o “querer” um alimento (Zheng et al., 2009). Em indivíduos magros, a leptina sinaliza ao cérebro o tamanho do tecido adiposo e diminui o apetite e a ingestão alimentar sempre que o tamanho desse exceder o peso normal; mas inúmeros estudos revelaram que o organismo obeso desenvolve resistência cerebral a esse hormônio prejudicando essa capacidade (Kenny, 2011). A atividade neural no núcleo acumbens excitada por estímulos visuais é muito alta em adolescentes hiperfágicos com deficiência de leptina. A administração desse hormônio normaliza a excitação neural ao mesmo tempo que esses indivíduos relatam atenuação da sensação de “prazer” pela ingestão do alimento. Infusões de leptina nessas áreas nervosas inibem as atividades dos

neurônios dopaminérgicos e diminuem a ingestão alimentar em ratos. A inibição dopaminérgica aumenta a ingestão alimentar, a atividade motora (ir à busca do alimento) e a preferência por comida palatável. Ainda, hormônios gastrointestinais como a *grelina* que, ao contrário da leptina, aumenta a sensação de fome e *PYY* que suprime a ingestão alimentar, tem efeitos diretos nos centros de controle de prazer. Sinteticamente, poderíamos dizer que os alimentos palatáveis alteram os hormônios reguladores do apetite com atuação direta nos centros hedônicos.

Alterações anatômicas e genéticas no sistema nervoso

A ingestão frequente e em excesso de alimentos palatáveis e bebidas com sabor doce gera modificações não apenas funcionais, mas ainda mais profundas, pois há evidências crescentes de modificação na plasticidade neural (formação e produção das células nervosas) e na expressão gênica (que controlam a atividade celular). A ingestão de açúcar durante semanas tem a capacidade de modificar a expressão gênica e rearranjar os circuitos nervosos de recompensa e prazer (Spangler et al., 2004). Observou-se em obesos uma deficiência na atividade celular da dopamina. Ainda, estudos em camundongos alimentados durante o período de crescimento com dietas ricas em gorduras mostraram alteração na expressão dos genes de um grande número de neuro-hormônios que atuam no hipotálamo e que controlam o apetite e a ingestão alimentar (*NPY*, *orexina*, *galanina*, entre outros) e conseqüentemente nos respectivos circuitos neurais (Ferretti et al., 2011). Essas modificações ocorridas no início da vida na atividade gênica e na produção desses hormônios estavam associadas ao desenvolvimento da obesidade na vida adulta.

Alimentos palatáveis ricos em nutrientes recompensadores como açúcar, gordura e sal alteram, portanto, não só o funcionamento do sistema nervoso central e o controle hormonal do trato gastrointestinal, mas também modificam o código genético ao determinar o ganho de peso ao longo de todo o ciclo de vida.

Consumo excessivo

Açúcar

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) estabeleceu o limite de até 10% da ingestão energética total para o consumo de açúcar e o mesmo critério foi adotado pelo Ministério da Saúde brasileiro (Brasil, 2006). Um estudo recente em adolescentes paulistas de classe média (Colucci et al., 2012) mostrou que o consumo de açúcar estava acima do recomendado (12%) para meninos e meninas. Os refrigerantes eram a principal fonte de açúcar na dieta (34% para os meninos e 32% para as meninas), seguido pelo açúcar de adição (colocado à mesa) e achocolatados (11%). Outro estudo (Feferbaum et al., 2012) realizado em cinco cidades brasileiras (São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Recife) em meninos e meninas de diferentes níveis socioeconômicos apresentou resultados ainda piores: 37% e 45% do total de energia ingerida em

forma de líquidos por crianças de 3-6 anos e 7-10 anos respectivamente proviham de bebidas açucaradas. O consumo de refrigerantes aumentou em 20% dos 3 aos 17 anos de idade.

Muitos estudos evidenciaram que o consumo de açúcar é um dos principais responsáveis pelo ganho de peso excessivo de crianças e adolescentes e pelo aumento futuro no aparecimento de diabetes e doenças cardiovasculares (Johnson et al., 2007; Brown et al., 2008; Barquera et al., 2010). A associação entre consumo de bebidas açucaradas e doenças futuras decorre do fato que o açúcar quando ingerido em forma líquida é rapidamente absorvido, por isso aumenta a fome em curto prazo, hiperestimula a produção de insulina pelo pâncreas (sobrecarregando o funcionamento pancreático e aumentando o risco de falência desse órgão e a diabetes) e promove a produção de gordura pelo fígado (Malik et al., 2010). A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009 mostrou que o sobrepeso em meninos (10 a 19 anos) aumentou de 3,7% (1974-1975) para 21,7% (2008-2009) e em meninas, de 7,6% para 19,4% no mesmo período (IBGE, 2010).

Sal

O sal adicionado durante o processamento industrial é responsável por mais de três quartos do sal ingerido (Karppanen; Marvaala, 2006). O *tamanho da porção* de alimentos comercializados vem crescendo continuamente e não há evidências de diminuição da quantidade de sal. A ingestão de sal aumentou também com a introdução de lanches industrializados salgados e o hábito crescente de ingerir refeições fora do domicílio, especialmente em restaurantes que servem refeições rápidas.

A sede e a ingestão de água são respostas fisiológicas inevitáveis à ingestão elevada de sal (Tey et al., 2012). O sal tem papel determinante no controle do balanço hidroeletrólítico, função renal e pressão arterial. Um aumento na ingestão de sal é sempre acompanhado por aumento na ingestão de líquidos e na pressão arterial. Assim, a ingestão elevada de sal é um dos fatores responsáveis pelo aumento do consumo de refrigerantes e bebidas açucaradas; e muitas indústrias se beneficiam dessa crescente ingestão de água dependente do sal. Nos Estados Unidos, por exemplo, o consumo *per capita* de refrigerantes em 2004 era de aproximadamente 198 litros, enquanto em 1983, com uma ingestão de sal 30% menor, o consumo de refrigerantes era também 24% menor (Tey et al., 2012).

Sabe-se que o sal tem um efeito neuroendócrino semelhante ao descrito no vício por drogas e, portanto, é hoje considerado como uma substância que pode causar dependência (Cocores; Gold, 2009). Esse efeito parece ocorrer através da estimulação pelo sal do sistema de prazer via receptores opioides e dopaminérgicos cerebrais. A ativação do sistema límbico opioide está envolvida no aumento da ingestão de sódio em indivíduos que sofreram redução no consumo de alimentos salgados e falta de sal, independentemente do estado saciado. Exposição no início da vida a altas concentrações de sódio, quer pelo leite materno, quer

por fórmulas industriais para bebês, determina a quantidade de sal ingerido no futuro. Crianças que foram habituadas a certos alimentos salgados sofrem na sua ausência e têm comportamento de procura e determinação focalizada por sua obtenção, semelhante ao comportamento relacionado ao consumo de drogas.

Gordura

A gordura tem sido consumida em quantidade crescente no mundo moderno. Em animais, a ingestão de gordura ativa os centros hedônicos e núcleo acumbens e aumenta a liberação de dopamina (Manabe et al., 2010). Esses efeitos incluem modificações na expressão gênica, na formação das células nervosas e atividade do sistema nervoso ao longo de todo o ciclo de vida. Além das alterações na ação e controle dopaminérgico, ocorrem também alterações nos neurotransmissores opioides. Naloxone, uma droga que inibe os receptores opioides, reduz a preferência por dietas ricas em gordura em seres humanos.

Vício alimentar

Sabemos que certos indivíduos podem desenvolver padrões de comportamento descontrolados ao consumir substâncias que causam prazer (Sawaya, 2013a; Blumenthal; Gold, 2010). O vício é definido como uma doença crônica com recaídas que está no final de um processo de padrões de comportamento desadaptados (Blumenthal; Gold, 2010). Embora alguns indivíduos nunca avancem além da experimentação, outros atravessam com maior ou menor facilidade um período de consumo regular, abuso e dependência. A progressão patológica desse comportamento é caracterizada por: atenção focalizada para o objeto, aumento do consumo ou frequência da atividade, tolerância, negação ou gestos para encobrir o uso ou a atividade, seguidos pelas de consequências médicas, psicológicas e sociais relacionadas diretamente à continuidade do comportamento, e por fim, por uma “atração fatal” pela substância ou atividade por parte do paciente.

O vício progride através de três estágios distintos, cada um definido por um sintoma ou sinal: o primeiro estágio é caracterizado pela compulsão episódica para o consumo ou procura pela atividade; no segundo estágio o indivíduo apresenta sintomas de desejo intenso e sente falta do objeto ou atividade; e no terceiro estágio experimenta sintomas de abstinência (ibidem). Todos esses sintomas e sinais são fortemente afetados pela presença de estresse. É bem conhecido que o vício por drogas resulta da usurpação das vias neurológicas que estão envolvidas e regulam os sistemas de recompensa, motivação, tomada de decisão, aprendizado e memória. As drogas “sequestram” esses sistemas neurais, impedindo o balanço fisiológico normal e forçando-os a tornar-se hiper-responsivos àquelas substâncias em particular. O comportamento de ânsia pela droga não é motivado apenas pelos efeitos “prazerosos” da droga, mas também, pelo estado negativo e de mal-estar causado pela sua abstinência.

Vários circuitos neurais estão envolvidos nesse controle, assim como vários hormônios: dopamina, acetilcolina, opioides, e serotonina (responsável pela es-



Fotos Gerardo Lazari



Crianças durante oficinas de manipulação de alimentos e de experimentação de sabores e aromas no Centro de Recuperação e Educação Nutricional de São Paulo.

tabilização do humor). A irritabilidade e profundo desinteresse e desmotivação por outros objetos ou situações naturalmente recompensadores que caracterizam o estado de abstinência, resultam não só da perda de função do sistema hedônico, mas também da ativação do sistema regulador do estresse da amígdala (ibidem) e de um desbalanço na atividade hormonal. O consumo de cocaína e anfetaminas hiperestimula o circuito neural dopaminérgico, enquanto o consumo de álcool, nicotina e drogas à base de ópio exerce seus efeitos recompensadores através da ativação dos hormônios opioides. A dopamina parece ser o principal mediador da dependência química.

Esses mesmos circuitos são ativados pela ingestão de alimentos altamente palatáveis. Ratos alimentados com açúcar ou mistura de açúcar e gordura desenvolvem compulsão alimentar periódica, tolerância (a quantidade ingerida aumenta com o tempo), demonstram aumento do consumo após um período de abstinência (o que mostra sintomas de privação); e exibem sinais de abstinência semelhantes aos das drogas (bater de dentes, tremor nas patas dianteiras, e sacudir a cabeça) quando a droga naloxone, inibidora do efeito dos hormônios opioides, é administrada em altas doses. Ratos que se tornaram obesos pela ingestão de dietas conhecidas pelo nome de “cafeteria”, ricas em açúcar, sal e gordura, apresentam diminuição da atividade dopaminérgica no sistema límbico em relação a ratos com peso normal alimentados com ração. Esses achados demonstram que esses animais tendem a ingerir em maior quantidade alimentos palatáveis para que os níveis de dopamina atinjam o nível normal, semelhante ao efeito descrito para dependentes de drogas. Ainda, estudos com imagens funcionais do cérebro em seres humanos demonstraram que sinais visuais que lembram alimentos e drogas estimulam as mesmas regiões; e que indivíduos obesos e dependentes de drogas mostram respostas cerebrais semelhantes na diminuição dos receptores celulares de captação da dopamina (indicativo de baixa atividade hormonal).

Sinteticamente, há uma base científica sólida para a afirmação que seres humanos que apresentam avidez por ingestão de açúcares e alimentos processados possuem alterações nos centros nervosos e neurotransmissores semelhantes às descritas em dependentes químicos (Avena et al., 2008). Estratégias que visem drásticas reduções de peso, dietas restritivas ou mesmo cirurgias bariátricas que não levem em consideração a presença possível de vício alimentar e incluam o tratamento deste distúrbio, terão pouca ou nenhuma chance de sucesso em longo prazo.

Essas considerações apontam para a necessidade de legislação mais aprimorada para regulamentar a produção de alimentos e bebidas industrializados pelo Estado, na mesma direção do que ocorre para o cigarro e drogas; como está ocorrendo nos Estados Unidos (Zhen et al., 2011) e em vários países europeus (Lopes, 2010).

Modelo Transteórico: uma ferramenta para mudança no comportamento alimentar

O tratamento de vícios em geral vem sendo exaustivamente estudado há anos com formas e métodos diferentes (fármacos, comportamento, privação) a serem aplicados para atingir o objetivo comum a todos: o cessar de um hábito nocivo. Nessa busca pesquisadores começaram a estudar o comportamento de tabagistas, a fim de entender o motivo pelo qual alguns indivíduos conseguiam simplesmente parar de fumar, outros paravam por um tempo e retornavam e outros não optavam por cessar ou não consideravam um vício (DiClemente; Prochaska, 1982). A partir desse estudo desenvolveu-se uma ferramenta de diagnóstico para identificação do desejo de mudança de um indivíduo com relação a um determinado vício, conhecido como Modelo Transteórico (Toral et al., 2009; Yoshida, 2002; Prochaska et al., 1992). Esse se refere à prontidão para mudança de um determinado comportamento, tendo sido identificados cinco estágios: *pré-contemplação*, *contemplação*, *preparação*, *ação* e *manutenção*.

O estágio de *pré-contemplação* tem como característica principal a falta de vontade para a mudança. A pessoa não pretende mudar agora e nem em um futuro próximo (durante os próximos seis meses). A maioria dos indivíduos nessa categoria, não tem consciência do problema ou até tem conhecimento, mas não faz questão de mudar. São indivíduos que procuram ajuda por influência ou pressão dos familiares, amigos, companheiros, mas não por vontade própria. Exemplo típico: – “Não seria bom você fazer um regime?”. E o indivíduo responde: – “Pra quê? Eu me sinto bem assim como estou” (Yoshida, 2002). É, portanto, um estágio caracterizado pela resistência de reconhecer o problema e modificá-lo (Prochaska et al., 1992).

O indivíduo que está no estágio de *contemplação* tem consciência do seu problema e já vem pensando seriamente em mudar, mas ainda não tomou nenhuma iniciativa ou não sabe por onde começar. Estudos mostram que um indivíduo pode ficar nesse estágio durante anos.

No estágio de *preparação* há vontade de mudar o comportamento num futuro próximo bem definido. O indivíduo afirma estar motivado e vislumbra que a mudança poderá ocorrer já nos meses seguintes (ibidem). Esses indivíduos geralmente tentaram no passado, mas não obtiveram sucesso. Nesse grupo, o indivíduo tenta uma série de pequenas mudanças que nem sempre são bem-sucedidas. Um exemplo é a presença declarada e consciente do desejo de começar a dieta e a decisão de iniciá-la em várias segundas-feiras, mas logo abandoná-la no meio da semana, apresentando sempre algumas desculpas.

O estágio de *ação* está relacionado a ter ocorrido uma mudança efetiva de comportamento e/ou ambiente. O indivíduo realizou experiências reais para cessar o problema, superando assim as barreiras antes percebidas. Essas modificações são visíveis e ocorreram recentemente em menos de seis meses. É um estágio que exige esforço e dedicação para evitar recaídas. Um exemplo é o in-

divíduo que fez mudanças no consumo alimentar visando o emagrecimento e já consegue reparar os ganhos decorrentes.

Quando o indivíduo já mudou o seu comportamento por um período superior a seis meses, considera-se que está no estágio de *manutenção* e agora a abordagem é manter aquele hábito alimentar adquirido para que não haja recaídas e o indivíduo não volte a ganhar peso.

Esses estágios de comportamento não são estáticos, podendo-se evoluir, regredir ou estacionar (Toral et al., 2009; Prochaska et al., 1992; De Graaf et al., 1997; Horwath et al., 2013; Szupszynski; Oliveira, 2008; Andretta; Oliveira, 2008; Petroski et al., 2009; Glufke; Nakata, 2011). Por isso é necessário que os profissionais da saúde estabeleçam estratégias de intervenção para incentivar e motivar os indivíduos em tratamento a partir do conhecimento detalhado do estágio em que o indivíduo se encontra (Horwath et al., 2013).

O Modelo Transteórico tem sido utilizado em diferentes áreas de intervenção, tais como, na terapia da dependência química (Szupszynski; Oliveira, 2008), no tratamento de jovens infratores (Andretta; Oliveira, 2008), como motivação para a prática de atividade física (Petroski et al., 2009) e motivação de executivos (Glufke; Nakata, 2011). Mais recentemente vem crescendo sua utilização para avaliação e tratamento da obesidade, assim como para melhoria dos hábitos alimentares (Cattai et al., 2010). Vários estudos mostraram sucesso para introdução de hábitos alimentares saudáveis como consumo de frutas e hortaliças e mudança no consumo de óleos e açúcares quando o processo de educação nutricional foi realizado conforme o estágio de mudança em que o indivíduo se encontrava.

Em conclusão, o crescimento da obesidade no mundo requer múltiplas intervenções por parte do Estado, das indústrias e comércio de alimentos visando à produção de alimentos saudáveis, o controle das propagandas nocivas à saúde e a educação nutricional da população como um todo. Serão necessários muitos esforços para que a alimentação seja uma experiência que realmente contribua para a nossa felicidade.

Referências

- ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. *Estudos de Psicologia*, 2008.
- AVENA, N. M. et al. Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neurosci Biobehav. Rev.*, v.32, n.1, p.20-39, 2008.
- BARQUERA, S. et al. Caloric beverage consumption patterns in Mexican children. *Nutr J.*, v.9, p.47, 2010.
- BERRIDGE, K. C. The debate over dopamine's role in reward: the case for incentive salience. *Psychopharmacology*, v.191, n.3, p.391-431, 2007.

- BLUMENTHAL, D. M.; GOLD, M. S. Neurobiology of food addiction. *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care*, v.13, n.4, p.359-65, 2010.
- BOULOS, R. et al. ObesiTV: how television is influencing the obesity epidemic. *Physiol. Behav.*, v.107, n.1, p.146-53, 2012.
- BRASIL. Guia alimentar para a população brasileira. Brasil: Ministério da Saúde, 2006.
- BROWN, C. M. et al. Sugary drinks in the pathogenesis of obesity and cardiovascular diseases. *Int. J. Obes.*, London, v.32, Suppl 6, p.S28-34, 2008.
- CATTAL, G. B. P. et al. Internal validation of the stage of change questionnaire for alimentary and physical activity behaviors. *Rev. Paul. Pediatr.*, v.28, n.2, p.194-9, 2010.
- COCORES, J. A.; GOLD, M. S. The Salted Food Addiction Hypothesis may explain overeating and the obesity epidemic. *Med. Hypotheses*, v.73, n.6, p.892-9, 2009.
- COLUCCI, A. C. et al. Factors associated with added sugars intake among adolescents living in São Paulo, Brazil. *J. Am. Coll. Nutr.*, v.31, n.4, p.259-67, 2012.
- DE GRAAF, C. et al. Stages of dietary change among nationally-representative samples of adults in the European Union. *Eur. J. Clin. Nutr.*, v. 51, Suppl 2, p.S47-56, 1997.
- DICLEMENTE, C. C.; PROCHASKA, J. O. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav.*, v.7, n.2, p.133-42, 1982.
- FEFERBAUM, R. de. Fluid intake patterns: an epidemiological study among children and adolescents in Brazil. *BMC Public Health*, v.12, p.1005, 2012.
- FERRETTI, S. et al. Developmental overfeeding alters hypothalamic neuropeptide mRNA levels and response to a high-fat diet in adult mice. *Peptides*, v.32, n.7, p.1371-83, 2011.
- GLUFKE, G.; NAKATA, L. E. Modelo Transteórico de mudança: contribuições para o *coaching* de executivos. *Rev. Bras. Orientac. Prof.*, v.11, n.1, p.61-72, 2011.
- HORWATH, C. C. et al. Does the transtheoretical model of behavior change provide a useful basis for interventions to promote fruit and vegetable Consumption? *Am. J. Health Promot.*, 2013.
- IBGE. Pesquisa de Orçamentos familiares 2008-2009. In: Estatística IBdGe, editor. Brasil. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao-de-vida/pof/2008_2009_enca/pof_20082009_enca.pdf>. Acesso em: 2010.
- JOHNSON, L. et al. Is sugar-sweetened beverage consumption associated with increased fatness in children? *Nutrition*, v.23, n.7-8, p.557-63, 2007.
- KARPPANEN, H.; MERVAALA, E. Sodium intake and hypertension. *Prog. Cardiovasc. Dis.*, v.49, n.2, p.59-75, 2006.
- KENNY, P. J. Reward mechanisms in obesity: new insights and future directions. *Neuron.*, v.69, n.4, p.664-79, 2011.
- KESSLER, D. A. *The end of overeating*: controlling the insatiable American appetite. S. l.: Rodale, 2009. 329p.
- KRINGELBACH, M. L.; BERRIDGE, K. C. Towards a functional neuroanatomy of pleasure and happiness. *Trends. Cogn. Sci.*, v.13, n.11, p.479-87, 2009.

- KRINGELBACH, M. L.; ROLLS, E. T. The functional neuroanatomy of the human orbitofrontal cortex: evidence from neuroimaging and neuropsychology. *Prog Neurobiol.*, v.72, n.5, p.341-72, 2004.
- LOPES, C. A. Legislação de proteção de crianças e adolescentes contra publicidade ofensiva: a situação do Brasil e o panorama internacional. Brasília: Biblioteca Digital Câmara dos Deputados, 2010.
- MALIK, V. S. et al. Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care.*, v.33, n.11, p.2477-83, 2010.
- MANABE, Y. et al. Preference for High-Fat Food in Animals. In: MONTMAYEUR, J. P.; LE COUTRE, J. (Ed.) *Fat detection: taste, texture, and post ingestive effects*. Boca Raton: CRC Press, 2010.
- McCRORY, M. A. et al. Dietary variety within food groups: association with energy intake and body fatness in men and women. *Am. J. Clin. Nutr.*, v.69, n.3, p.440-7, 1999.
- NORGREN, R. et al. Gustatory reward and the nucleus acumbens. *Physiol. Behav.*, v.89, n.4, p.531-5, 2006.
- PETROSKI, E. L. et al. Estágios de mudança de comportamento e percepção positiva do ambiente para atividade física em usuários de parque urbano. S. l.: Fundação Técnica e Científica do Desporto, 2009.
- PROCHASKA, J. O. et al. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am. Psychol.*, v.47, n.9, p.1102-14, 1992.
- RADA, P. et al. Daily bingeing on sugar repeatedly releases dopamine in the acumbens shell. *Neuroscience*, v.134, n.3, p.737-44, 2005.
- REALE, G. *Aristóteles*. São Paulo: Loyola, 2007.
- _____. *Sofistas, Sócrates e socráticos menores*. São Paulo: Loyola, 2009. 248p.
- SAWAYA, A. L. Alimentos industrializados/comercializados e o desbalanço fisiológico: memória, aprendizagem e contexto social. In: SAWAYA, A. L. et al. (Ed.) *Fisiologia da nutrição na saúde e na doença*. Da biologia molecular ao tratamento. São Paulo: Atheneu; 2013a.
- _____. Alimentos ricos em açúcar, gordura e sal induzem à hiperfagia e ao vício alimentar. In: SAWAYA, A. L. et al. (Ed.) *Fisiologia da nutrição na saúde e na doença*. Da biologia molecular ao tratamento. São Paulo: Atheneu; 2013b.
- SPANGLER, R. et al. Opiate-like effects of sugar on gene expression in reward areas of the rat brain. *Brain. Res. Mol. Brain Res.*, v.124, n.2, p.134-42, 2004.
- SZUPSZYNSKI, K.; OLIVEIRA, M. S. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicol. Teor. Prat.*, v.10, p.162-73, 2008.
- TEY, S. L. et al. Long-term consumption of high energy-dense snack foods on sensory-specific satiety and intake. *Am. J. Clin. Nutr.*, v.95, n.5, p.1038-47, 2012.
- TORAL, N. et al. Healthy eating according to teenagers: perceptions, barriers, and expected characteristics of teaching materials. *Cad Saude Publica*, v.25, n.11, p.2386-94, 2009.
- WHO. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva: WHO, 2003.
- XUE, Y. X. et al. A memory retrieval-extinction procedure to prevent drug craving and relapse. *Science*, v.336, n.6078, p.241-5, 2012.

YEOMANS, M. R. Taste, palatability and the control of appetite. *Proc. Nutr. Soc.*, v.57, n.4, p.609-15, 1998.

YOSHIDA, P. M. E. Stages of change scales: clinical and research application. *Psico-USF*, 2002.

ZHEN, C. et al. Habit formation and demand for sugar-sweetened beverages. *Am. J. Agr. Econ.*, v.93, n.1, p.175-93, 2011.

ZHENG, H. et al. Appetite control and energy balance regulation in the modern world: reward-driven brain overrides repletion signals. *Int. J. Obes*, London, v.33, Suppl. 2, p.S8-13, 2009.

RESUMO – Quase dois bilhões de pessoas tem excesso de peso. Esse distúrbio alimentar vem acometendo cada vez mais crianças/adolescentes. Embora seja uma doença multicausal, há forte evidência da influência da propaganda e do ambiente obesogênico na mudança dos hábitos alimentares. As indústrias/comércio de alimentos desenvolveram técnicas capazes de gerar consumo excessivo através do desenvolvimento de sabores, imagens e técnicas de persuasão, e da produção de alimentos ricos em açúcar, sal e gordura que são nutrientes recompensadores e podem gerar vício alimentar. Este artigo debruça-se sobre a influência do consumo de alimentos palatáveis na neuroanatomia funcional do prazer e sua implicação para o vício alimentar. Discute ainda o Modelo Transteórico como ferramenta para intervenção no tratamento da obesidade.

PALAVRAS-CHAVE: Vício alimentar, Açúcar, Gordura, Sal, Felicidade.

ABSTRACT – Nearly two billion people are overweight. This eating disorder is affecting more and more children/teenagers. Although it is a multifactorial disease, there is strong evidence of the influence of advertising and the obesogenic environment in changing dietary habits. Industry/commerce food techniques can generate excessive consumption by developing flavors, images and techniques of persuasion, and by the production of foods high in sugar, salt and fat which are rewarding nutrients. This article focuses on the influence of the consumption of palatable food in the functional neuroanatomy of pleasure and its implication for food addiction. It also discusses the transtheoretical model as a tool for intervention in the treatment of obesity.

KEYWORDS: Food addiction, Sugar, Fat, Salt, Happiness.

Ana Lydia Sawaya é professora associada do Departamento de Fisiologia, Disciplina de Fisiologia da Nutrição da Universidade Federal de São Paulo. É coordenadora do Grupo de Pesquisa em Nutrição e Pobreza do Instituto de Estudos Avançados da USP, diretora científica do Instituto Salus e Centro de Recuperação e Educação Nutricional. @ – alsawaya@unifesp.br

Andrea Filgueiras é nutricionista, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Pediatria da Universidade Federal de São Paulo. @ – andrea.filgueiras@gmail.com

Recebido em 23.5.2013 e aceito em 15.6.2013.

Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família

MARCELA JARDIM CABRAL, KARLLA ALMEIDA VIEIRA,
ANA LYDIA SAWAYA e TELMA MARIA MENEZES TOLEDO
FLORÊNCIO

Introdução

A O AVALIAR o panorama histórico do Brasil quanto ao perfil nutricional verifica-se que a problemática da fome e suas consequências perduraram durante muitas décadas em uma parcela significativa da população (Cas-cudo, 2004). Apesar da melhora recente do estado nutricional brasileiro decorrente dos ganhos econômicos e da grande expansão de serviços e programas de saúde, a má nutrição ainda persiste especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde a distribuição de renda apresenta significativa disparidade quando comparada às regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (Monte, 2000; Batista; Rissin, 2003).

Nesse sentido, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2004 observou significativas disparidades nas prevalências de Insegurança Alimentar (IA) grave. As regiões Norte e Nordeste tiveram as maiores prevalências de IA atingindo 54% e 46% dos domicílios, respectivamente (Brasil, 2004a). A PNAD de 2009 mostrou uma pequena melhora, mas ainda se observam diferenças significativas, pois enquanto nas regiões Norte e Nordeste, respectivamente, 40% e 46% dos domicílios apresentaram IA, na região Sudeste (23%) e na região Sul (18,7%), essas proporções ficaram abaixo de um quarto dos domicílios (Brasil, 2010c).

Com o objetivo de diminuir essas desigualdades, o governo federal vem investindo em programas de Transferência Condicionada de Renda (TCR) prioritariamente nessas regiões. Esses programas fazem parte de políticas de proteção social e combate à pobreza e são destinados às famílias que, em geral, enfrentam situações de múltiplas vulnerabilidades (DIFC, 2005; 2006).

Na atualidade, o Programa Bolsa Família (PBF) é o maior programa de transferência de renda e foi formulado para integrar e unificar o “Fome Zero”: o “Bolsa Escola”, o “Auxílio Gás” e o “Cartão Alimentação” (Brasil, 2004b). O

grande diferencial do PBF foi a ampliação do público atendido e a elevação do valor médio do benefício, visando garantir uma renda mínima a todas as famílias extremamente pobres, com renda *per capita* mensal de até R\$ 140,00 (Brasil, 2011).

Apesar de os programas TCR gerarem controvérsias com relação à forma pela qual as famílias utilizam os recursos, há evidências de que os auxílios transferidos são utilizados prioritariamente para a aquisição de alimentos (Davis, 2002; Attanasio et al., 2005; Harvey et al., 2006). No entanto, não se sabe quais são os tipos de alimentos que estão sendo adquiridos e como está o estado nutricional dessa população, pois a escolha do alimento envolve diferentes significados dentro das diferentes camadas sociais (Brasil, 2010c). Dessa forma, compreender a lógica da escolha alimentar, o perfil nutricional e o nível de segurança alimentar dos beneficiários pelo Programa Bolsa Família (PBF) é de fundamental importância para o redirecionamento ou consolidação dos objetivos do programa.

Alagoas é um dos Estados mais pobres da federação e apresenta sérios problemas socioeconômicos, confirmados por seus indicadores sociais como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o índice de inclusão social, os quais apresentam valores muito baixos em relação aos demais estados brasileiros (IBGE, 2010). O Estado tem uma população de quase três milhões de habitantes e possui 344.185 famílias beneficiadas pelo PBF, ou seja, 17,2% dos alagoanos (Ibase, 2008). Em Maceió, a capital do Estado, 50% da população vive em condições precárias de moradia (Barbosa et al., 2009) com 135 assentamentos subnormais.

Considerando a influência dos fatores socioeconômicos, ambientais e o nível de segurança alimentar no perfil nutricional e de saúde de uma população, o presente estudo teve como objetivo avaliar o estado nutricional, o consumo e a segurança alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família residentes nas favelas de Maceió (AL).

Métodos

Estudo realizado com famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família residentes em assentamentos subnormais de Maceió (AL). A pesquisa foi desenvolvida no período de janeiro a novembro de 2011, em parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

A amostra foi estimada assumindo-se uma prevalência de baixa estatura nas crianças na ordem de 10%, e de sobrepeso/obesidade nos adultos de 45%. Para tal levou-se em consideração um poder de 80% e um nível de significância de 95%. Após definido o tamanho da amostra de 204 famílias, foi escolhida a sétima região administrativa para o desenvolvimento da pesquisa por ser a de menor IDH do município. Nessa região existem 23 assentamentos subnormais e desses foram escolhidos os cinco assentamentos mais próximos da Universidade Federal de Alagoas.

O processo de amostragem adotado foi o de conglomerado. Todos os assentamentos escolhidos foram visitados para, em seguida, ser realizado um sorteio aleatório do local de início da coleta dos dados. O local de início foi sempre a esquina de cada rua sorteada seguindo-se a coleta domicílio a domicílio linearmente até completar o “n” predefinido para aquele assentamento.

A coleta dos dados foi realizada através de entrevistas domiciliares, sendo as informações referentes a sexo, idade e dados socioeconômicos da família (ocupação, moradia, renda familiar, escolaridade, uso do benefício) referidos pelo responsável pelo benefício. Para a avaliação do perfil socioeconômico foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) que classifica os indivíduos segundo o seu poder de compra (Abep, 2012).

Na avaliação dos parâmetros antropométricos foram coletadas informações referentes a peso, estatura, idade, sexo e Circunferência da Cintura (CC). As crianças menores de dois anos foram pesadas nos braços da mãe depois de verificado seu peso. Para aferição do comprimento foi utilizado infantômetro portátil com a criança em posição deitada. O peso foi aferido em balança antropométrica com capacidade de 150 kg com precisão de 100 g. Para medição da altura, foi utilizado um estadiômetro dotado de fita métrica inextensível com 2 m de comprimento e precisão de 0,1 cm. Todas as medidas foram obtidas nos domicílios, com os indivíduos usando roupas leves e descalças.

O padrão de referência adotado para avaliação do estado nutricional de crianças (0 a 10 anos) foi a do National Center for Health Statistics (NCHS, 2000). Segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995), foram calculados índices, peso/estatura, estatura/idade e peso/idade; o padrão de normalidade foi atribuído para crianças entre < 1 e > -1 Desvios- Padrão (DP) da mediana de referência, desnutrição leve para valores menores ou iguais a -1 DP, desnutrição moderada/grave para valores menores que -2 DP, e obesidade maior que $+ 2$ DP.

Para definição do estado nutricional dos adolescentes (10 a 19 anos), calcularam-se os índices, altura/idade e IMC/idade, de acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Brasil, 2008).

Os adultos foram avaliados pelo Índice de Massa Corporal (IMC) calculado através da equação $\text{peso}/\text{altura}^2$. Para classificar foi utilizado o IMC com pontos de corte $< 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ para baixo peso, eutrófico de $18,5$ a $25,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ e sobrepeso/obesidade $> 25 \text{ kg}/\text{m}^2$ (WHO, 1995). A circunferência de cintura foi classificada como inadequada para as mulheres com $\geq 80 \text{ cm}$, e para os homens, $\geq 94 \text{ cm}$ (Brasil, 2008).

Para conhecer os hábitos e o consumo alimentar dessa população, foi aplicado um recordatório 24 horas com as mulheres responsáveis pelo benefício, posteriormente foram aplicados mais dois recordatórios em dias aleatórios, sendo um dia de final de semana, os inquéritos foram realizados com o auxílio do manual alimentar (Zabotto et al., 1996).

Para estimar as necessidades nutricionais das mulheres foi aplicada a fórmula $[(10 \times \text{Peso}(\text{kg})) + (6,25 \times \text{Altura}(\text{cm})) - (5 \times \text{idade}) - 161]$ de Mifflin et al. (1990), a qual utilizou o valor médio obtido para peso, altura e idade do grupo em estudo, com fator de atividade de 1,3 utilizado para poucas atividades e exercícios físicos.

Para o cálculo das quantidades ingeridas de energia, carboidrato, proteína, lipídios, zinco, cálcio, ferro, potássio, fibras, ácido fólico, vitamina C, vitamina E, vitamina B₂ e vitamina B₁₂ foi utilizado o programa NutWin® do Centro de Informática em Saúde da Escola Paulista de Medicina (Unifesp, 2003). Foi utilizado o método da EAR (Estimated Average Requirement – necessidade média estimada) para verificar a probabilidade de inadequação da ingestão dos micronutrientes que possuem EAR estabelecida (Fisberg et al., 2005). Para os que não possuem EAR definida (sódio, cálcio, potássio e fibras) foi utilizada a recomendação de adequação de ingestão para estimar a prevalência de probabilidade de adequação da ingestão (ibidem).

A avaliação do nível de insegurança alimentar das famílias foi realizada através da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Ebia), adaptada e validada no Brasil pela Universidade de Campinas (Unicamp), pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília (UnB), além de outras instituições (Segall-Corrêa et al., 2004).

A Ebia possui 15 perguntas centrais fechadas com respostas do tipo “sim”, “não” ou “não sabe, referentes aos últimos três meses, que refletem a preocupação de a comida acabar antes de se poder comprar mais, até a ausência total dela (Segall-Corrêa et al., 2004). Do total de 15 perguntas, sete referem-se a membros da família menores de 18 anos, que classificam os graus de insegurança alimentar na família em: (i) situação de segurança alimentar; (ii) insegurança alimentar leve – receio ou medo de sofrer insegurança alimentar no futuro próximo –; (iii) insegurança alimentar moderada – restrição na quantidade de alimentos na família –; e (iv) insegurança alimentar grave – fome entre pessoas adultas e/ou crianças da família.

As informações sobre insegurança alimentar foram respondidas pela pessoa responsável pela alimentação da família e cada resposta afirmativa do questionário correspondeu a “um ponto”, utilizando os pontos de corte adotados por Marín-León et al. (2005) para classificação nas categorias estudadas.

Os dados coletados foram obtidos após os indivíduos assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (Nº 006106/2011-29), seguindo as orientações da Pesquisa Nacional de Ética em Pesquisa (Conep).

Análise estatística

As variáveis socioeconômicas, demográficas, antropométricas e de consumo alimentar foram descritas por meio de estatística descritiva. As variáveis quantitativas contínuas foram apresentadas por meio de médias, desvios-padrão,

mediana, valores mínimos e máximos. E as variáveis qualitativas foram descritas por meio de valores absolutos e porcentagens.

Foi utilizada a circunferência de cintura como variável dependente (Inadequada *versus* Adequada) e variáveis sociodemográficas e econômicas como independentes. A associação estatística entre a circunferência de cintura e as variáveis independentes foi avaliada por modelos de regressão logística univariada e múltipla. Dessa forma, foram estimadas as Razões de Chances (*Odds Ratios* – OR) brutas e ajustadas, a seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Para verificar associação estatística entre a ingestão alimentar de energia, carboidrato, proteína e lipídio foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para comparar os grupos segundo o estado nutricional. O método da EAR como ponto de corte para indivíduos utiliza procedimentos estatísticos para identificar a inadequação da ingestão de nutrientes.

A Insegurança Alimentar (Sim/Não) foi avaliada como variável dependente e as demais variáveis sociodemográficas, econômicas e ambientais, como independentes. A associação estatística entre IA e variáveis independentes foi avaliada por modelos de regressão logística univariada e múltipla. Dessa forma, foram estimadas as Razões de Chances brutas e ajustadas, seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

O pacote estatístico utilizado foi o SPSS versão 14.0. Em todos os testes estatísticos considerou-se um nível de significância de 5%.

Resultados

Foram avaliadas 204 famílias e 847 indivíduos beneficiários do PBF. A grande maioria das famílias habitava em casa própria, feita de alvenaria, mas sem revestimento de piso e com média de quatro compartimentos, onde viviam mais do que quatro pessoas em média (Tabela 1). Quase todas as casas possuíam água encanada, e mais de 60% eram provenientes de poço/cacimbão e as famílias não realizavam nenhum tratamento na água de beber. Com relação ao destino dos dejetos, quase 100% da população contavam com coleta pública de lixo e mais de 60% faziam uso de fossa séptica. Pouco mais do que um terço das famílias recebia outro benefício (Tabela 1), e o Programa do Leite foi o benefício mais citado (32,4%). O universo das famílias incluiu-se entre as classes C e E, sendo um terço da classe C, a grande maioria da classe D, e cerca de 9% da classe E (Tabela 1).

A renda familiar média era de R\$ 282,02 (\pm 254,14), sendo o valor médio do benefício de R\$ 132,66 (\pm 35,95). O valor médio para renda familiar quando somados a remuneração e o benefício foi de R\$ 412,55 (\pm 255,48), ou seja, o recurso transferido pelo PBF representou um aumento de 40% na renda dessas famílias. Sobre o uso do benefício, a maioria das famílias relatou que utilizava o recurso para a aquisição de alimentos (92,6%), roupas (59,3%), gás (32,3%) e remédios (23,5%).

DIÁLOGOS SOBRE NUTRIÇÃO E POBREZA

Tabela 1 – Distribuição dos beneficiários do Programa Bolsa Família segundo características socioeconômicas e ambientais, Maceió, 2011

Característica	Categoria	Nº	%
Moradia	Própria	184	90,2
	Alugada	4	2
	Cedida	15	7,4
	Outros	1	0,5
Tipo de piso	Cerâmica	18	8,8
	Cimento	186	91,2
N. de compartimentos	2	1	0,5
	4	61	29,9
	5	137	67,2
	6	5	2,5
Água encanada	Sim, dentro da casa	200	98
	Sim, no quintal	1	0,5
	Não	3	1,5
Água usada para beber	Rede pública	80	39,2
	Cacimbão/poço	124	60,8
Tratamento da água	Fervura	3	1,4
	Filtro	11	5,4
	Hipoclorito	11	5,4
	Outro	2	1
	Não	177	86,8
Destino dos dejetos	Esgoto	74	36,3
	Fossa	125	61,3
	Céu aberto	2	1
	Ignorado	3	1,4
Destino do lixo	Coleta pública	203	99,5
	Enterro/queima	1	0,5
Recebe outro benefício	Sim	66	32,4
	Não	138	67,6
Classe socioeconômica	C1	5	2,5
	C2	56	27,5
	D	124	60,8
	E	19	9,3

Com relação aos alimentos adquiridos com os recursos do benefício, a grande parte comprava arroz, feijão e em menor porcentagem, macarrão (Tabela 2). No que se refere à proteína animal, o frango foi o alimento mais adquirido. Uma porcentagem pequena das famílias relatou usar o benefício para a aquisição de frutas e verduras. Quanto à aquisição de alimentos processados, um terço relatou a compra de biscoito. Ainda com relação à dieta habitual, apesar de não fazerem referência à compra com o dinheiro do benefício, as famílias consumiam diariamente no café da manhã e à noite pão e/ou farinha de milho (fubá) sob a forma de cuscuz.

Tabela 2 – Distribuição dos beneficiários do Programa Bolsa Família segundo os alimentos comprados com o benefício. Maceió, 2011

Alimentos	N(S/N)	%
Arroz	145/59	71,1
Feijão	145/59	71,1
Macarrão	90/114	44,1
Frango	73/131	35,8
Verduras	22/182	10,8
Frutas	31/173	15,2
Biscoito	66/138	32,4
Farinha de mandioca	21/183	10,3

Das 321 crianças avaliadas, 50,2% eram meninos e 49,8%, meninas, a maioria tinha idade entre 5 e 10 anos (54,5%). A avaliação antropométrica mostrou que 80% eram eutróficas, e 13,4% tinham baixa estatura, 4,4% baixo peso/estatura e 6,5% excesso de peso. Na avaliação dos adolescentes (n = 200, 10 a 19 anos) 8,5% apresentaram baixa estatura e 11,5% baixo peso, e apenas 2% possuíam excesso de peso.

Os adultos estudados (n = 326) tinham idade média de 34,3 anos (DP = 8,7 anos), sendo 38,7% do sexo masculino e 61,3% feminino. Na maioria das famílias a mãe era responsável pelo benefício (89,2%), trabalhava só no lar (55,5%) e tinha baixa escolaridade, e cerca de 70% eram analfabetas funcionais. Na avaliação nutricional foi possível visualizar que 51,2% do total de adultos apresentaram excesso de peso, e desses, 48% eram mulheres, e quase a metade da população adulta possuía circunferência da cintura inadequada (45,4%).

Ao avaliar associações entre a circunferência de cintura e as variáveis sociodemográficas e econômicas através da razão de chances, verificou-se haver significância estatística entre a circunferência de cintura e o parentesco (mãe) com o beneficiário (Tabela 3) (OR=3,45; IC95%: 2,14 – 5,56), sexo feminino (OR=4,41; IC95%: 2,68 – 7,25), estar sem trabalho (OR = 1,23; IC95%: 1,13 – 2,79) e ter excesso de peso (OR = 15,77; IC95%: 9,00 – 27,62). As mães tinham quase quatro vezes mais chance de ter circunferência de cintura inadequada quando comparadas com os outros parentes, independentemente de idade e do nível de escolaridade. Os adultos de 40 anos de idade ou mais tinham 1,57 vezes mais chance de ter circunferência de cintura inadequada, quando comparados com quem tinha menos de 40 anos independente do parentesco com o beneficiário e com o nível de escolaridade.

Tabela 3 – Razões de chances (OR) e fatores associados à circunferência de cintura em adultos das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, Maceió, 2011

Variáveis	Circunferência de Cintura			
	OR _{bruta}	IC95%	OR ¹ _{ajustada}	IC95%
Parentesco com o beneficiário				
Mãe	3,45 (2,14 – 5,56)	3,45 (2,14 – 5,56)	3,97 (2,41 – 6,57)	3,97 (2,41 – 6,57)
Não mãe	1	1	1	1
Idade				
≥ 40 anos	1,57 (0,93 – 2,63)	2,08 (1,17 – 3,71)	1,57 (0,93 – 2,63)	2,08 (1,17 – 3,71)
< 40 anos	1	1	1	1

¹ Modelo ajustado pela escolaridade do respondente.

A Tabela 4 mostra a ingestão média de energia, carboidrato, lipídio e proteína e sua relação com o estado nutricional nas 182 mulheres responsáveis pelo benefício. Quando comparadas as médias de ingestão de energia e o percentual de macronutrientes entre os grupos não foi encontrada diferença estatística entre eles.

A Tabela 5 mostra a probabilidade de inadequação dos micronutrientes avaliados pela EAR. A totalidade das mulheres avaliadas apresentou inadequação na ingestão de folato e vitamina E, já magnésio obteve um percentual de inadequação de quase 70% nas mulheres com mais de 30 anos e cerca de 56% com menos de 30 anos. As vitaminas C, tiamina e riboflavina e os minerais zinco, ferro e fósforo tiveram um baixo percentual de inadequação, sendo o mineral ferro (mulheres acima de 50 anos) o menor percentual de inadequação quando comparado com os demais micronutrientes avaliados.

Tabela 4 – Ingestão diária de energia e macronutrientes (Média e Desvio-Padrão) segundo estado nutricional das mulheres responsáveis pelo benefício do Programa Bolsa Família, Maceió, 2011

Variável	Total		Baixo Peso		Eutróficas		Sobrepeso/Obesidade		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	P
	1638,68	697,99	1852,55	587,98	1676,51	770,94	1578,02	627,30	0,45
	241,98	105,9	273,06	100,12	246,58	114,80	234,08	97,02	0,46
	59,52	9,63	58,38	8,14	59,21	10,42	59,96	9,06	0,90
	43,81	23,86	47,68	16,71	43,84	25,05	43,39	23,45	0,57
	23,75	6,99	23,56	4,82	23,30	7,15	24,22	7,05	0,45
	71,15	39,34	85,17	34,06	74,77	45,37	66,02	32,30	0,27
	17,18	5,24	18,57	6,89	17,62	5,46	16,59	4,81	0,60

Tabela 5 – Ingestão diária de micronutrientes das mulheres responsáveis pelo benefício do Programa Bolsa Família, segundo a EAR (Estimated Average Requirement – Necessidade Média Estimada), Maceió, 2011

Nutrientes	EAR (mg)	% inadequação
Zinco	6,8	34,5
Folato	320	100
Fósforo	580	15,4
Riboflavina	0,9	39,7
Tiamina	0,9	35,2
Ferro 19-50 anos	8,1	15,9
Ferro >50 anos	5	3,4
Magnésio < 30 anos	255	56,0
Magnésio >30 anos	265	67,7
Vit C	60	39,0
Vit E	15	100

A Tabela 6 apresenta a adequação da ingestão para os nutrientes: potássio, sódio, cálcio e fibras. É possível observar que a ingestão de potássio e sódio apresentou grande disparidade entre a ingestão mínima e máxima. Porém, a ingestão máxima desses nutrientes superou a recomendação para todos os indivíduos analisados. Já os nutrientes cálcio e fibra apresentaram médias muito abaixo dos valores de recomendação da IA.

A escala de insegurança alimentar aplicada em todas as famílias mostrou que 91,2% apresentavam algum tipo de IA. Nos domicílios com crianças e adolescentes (n = 143), todas as famílias apresentaram IA, sendo 20,3% leve, 46,9% moderada e 32,9% grave. Enquanto nos domicílios só com adultos (n = 61), 29,5% estavam em segurança alimentar, 32,8% em IA leve, 29,5% moderada e 8,2% grave.

Tabela 6 – Adequação da ingestão diária de micronutrientes e fibras das mulheres responsáveis pelo benefício do Programa Bolsa Família, Maceió, 2011

Nutrientes	Ingestão adequada	Ingestão mínima	Ingestão máxima	Media ± DP
Potássio (mg)	4.700	215,1	5.246,2	1.620,6 ± 791,1
Sódio (mg)	1.500	469,1	2.896,8	1.293,0 ± 365,6
Cálcio (mg) 19 – 50 anos	1.000	104,4	524,5	244,9 ± 81,4 227,9 ± 71,7
Cálcio (mg) 50 anos	1.200	111,8	406,6	19,6 ± 9,1
Fibra (g) 19 – 50 anos	25	3,6	85,8	12,7 ± 4,2
Fibra (g) 50 anos	21	7,2	20,3	

Através da associação entre a IA e variáveis sociodemográficas, observou-se que as proporções de IA foram maiores na classe econômica D ou E, nas casas com quatro ou mais pessoas, que não recebem outro benefício, com renda menor que R\$ 545,00, com moradia não própria, com água proveniente de poço/cacimbão, sem esgoto, que a mãe era respondente, com idade menor de 40 anos, não trabalhava, com circunferência de cintura inadequada e excesso de peso. As variáveis, número de pessoas na casa e o fato de não trabalhar no momento do estudo foram estatisticamente associados à IA (Tabela 7).

A Tabela 8 apresenta a razão de chance para a insegurança alimentar ajustada de acordo com as características sociodemográficas. Quem morava em domicílios com quatro ou mais pessoas tinha quatro vezes mais chance de ter IA quando comparado a quem morava em domicílios com menos de quatro pessoas, independentemente de estar trabalhando ou não no momento da pesquisa. Quem não trabalhava tinha 3,54 vezes mais chance de sofrer de IA quando comparado a quem trabalhava independentemente do número de pessoas na casa.

Discussão

Os dados apresentados evidenciam a necessidade dos programas de transferência de renda para famílias em múltiplas situações de vulnerabilidade. Neste estudo chama a atenção o fato de a maioria dos domicílios não possuir revestimento de piso, as famílias não realizarem tratamento na água de beber e cerca de 70% das mães serem analfabetas funcionais, fatores reconhecidamente associados à desnutrição infantil (Sawaya et al., 2003). A renda (aproximadamente US\$ 1,50/capita/dia em média) coloca essas famílias abaixo da linha de pobreza. Essa condição socioeconômica foi acompanhada por elevada prevalência de des-

Tabela 7 – Razão de chance (OR) e níveis de segurança alimentar de acordo com as características socioeconômicas dos domicílios beneficiários do Programa Bolsa Família, Maceió, 2011

Sexo respondente				
Feminino	186	171 (91,9)	15 (8,1)	2,28 (0,59 – 8,77)
Masculino	18	15 (83,3)	3 (16,7)	1
Idade				
< 40 anos	158	147 (93,0)	11 (7,0)	2,40 (0,87 – 6,60)
≥ 40 anos	46	39 (84,8)	7 (15,2)	1
Trabalho no momento				
Sim	50	41 (82,0)	9 (18,0)	3,54 (1,32 – 9,49)
Não	154	145 (94,2)	9 (5,8)	1
Nível de escolaridade				
> 4 anos	37	34 (91,9)	3 (8,1)	1,14 (0,31 – 4,16)
≤ 4 anos	164	149 (90,9)	15 (9,1)	1
Circunferência de cintura				
Inadequado	81	75 (92,6)	6 (7,4)	1,34 (0,47 – 3,77)
Adequado	114	103 (90,4)	11 (9,6)	1
Excesso de peso				
Não	98	90 (91,8)	8 (8,2)	1,19 (0,45 – 3,17)
Sim	104	94 (90,4)	10 (9,6)	1
Total		186	18	

Tabela 8 – Razão de chance (OR) e fatores associados à insegurança alimentar, de acordo com as características sociodemográficos dos domicílios beneficiários do Programa Bolsa Família, Maceió, 2011

Variáveis	Insegurança alimentar			
	OR _{bruta}	IC95%	OR ¹ _{ajustada}	IC95%
Número de pessoas na casa				
≥ 4	4,05	(1,49 – 11,01)	3,36	(1,21 – 9,37)
< 4	1,00		1,00	
Trabalha no momento				
Não	3,54	(1,32 – 9,49)	2,81	(1,02 – 7,81)
Sim	1,00		1,00	

¹ Modelo ajustado pela “procedência da água utilizada para beber”.

nutrição em crianças e adolescentes e por relatos da presença de insegurança alimentar moderada/grave em 67% das famílias. Os dados de desnutrição infantil observados foram superiores aos encontrados por Silveira et al. (2010) ao avaliarem também crianças moradoras de favelas de Maceió, os quais encontraram uma prevalência de baixa estatura de 8,6%, e por Ferreira e Luciano (2010)

que estudaram uma amostra probabilística da cidade de Maceió e do Estado de Alagoas e encontraram em crianças uma prevalência de déficit estatural de 6,2% e 10,4%, respectivamente.

Os adolescentes também apresentaram uma alta taxa de desnutrição (20%). Achados semelhantes aos encontrados por Petroski et al. (2008), os quais avaliaram uma amostra representativa dos escolares pobres (7 a 14 anos) da região de Cotinguiba (SE), e encontraram 21,7% de baixa estatura e baixo peso. No entanto, a prevalência de excesso de peso encontrada no presente estudo para essa faixa etária foi de apenas 2%, valor esse inferior ao encontrado no último inquérito nutricional realizado com adolescentes no Brasil em 2008-2009 (4,9%), na região Nordeste (3,8%) (Brasil, 2010a), o que confirma a particular situação de insegurança alimentar relatada.

Ao contrário, mais da metade dos adultos apresentou sobrepeso/obesidade. Esses dados são similares aos da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2008-2009), que encontraram 48% de excesso de peso nas mulheres e 50% nos homens (Brasil, 2010a). Chama a atenção uma elevada taxa de inadequação da circunferência da cintura (47%), sendo esse valor superior ao encontrado por Ferreira et al., em 2005, ao estudar mulheres residentes em favelas de Maceió (AL) (35,6%). Esses achados indicam um agravamento da obesidade abdominal em mulheres acima de 40 anos nas classes sociais menos favorecidas.

Embora mais de 50% dos adultos deste estudo tenham excesso de peso, as famílias relataram que os principais itens adquiridos com o dinheiro repassado pelo PBF foram arroz, feijão e frango, alimentos nutricionalmente adequados do ponto de vista qualitativo. A ingestão calórica das mulheres estudadas (1.638,68 Kcal) foi similar as suas necessidades médias recomendadas (1.643,00 Kcal) e à ingestão calórica descrita para mulheres adultas do Nordeste (1.683,00 Kcal) (Brasil, 2010b). Esses resultados não explicam, portanto, a alta prevalência de sobrepeso/obesidade encontrada.

Vários fatores têm sido descritos como contribuintes para a alta prevalência de excesso de peso em populações com alta prevalência de insegurança alimentar, entre eles estão as alterações metabólicas decorrentes da precária condição nutricional no início da vida que favorecem o balanço energético positivo e ganho de peso na vida adulta (Martins et al., 2011), e/ou a diminuição da atividade física (Monteiro; Conde, 1999; Mendonça; Anjos, 2004). No presente estudo, 55,5% dos adultos avaliados não trabalhavam, o que aponta para uma redução da atividade física permitindo uma maior expressão dos mecanismos de conservação de energia, os quais podem em parte estar influenciando a elevada prevalência de sobrepeso/obesidade encontrada.

A ingestão de carboidratos (59,06%) e de proteínas (17,36%) de todas as mulheres avaliadas independentemente do estado nutricional apresentou-se acima dos valores encontrados para mulheres nordestinas na POF 2008-2009 (carboidratos 56,7% e proteínas 16,9%), diferindo apenas no percentual dos lipídios

(24,75%), onde as mulheres avaliadas na POF 2008-2009 consumiam 1,5% a mais de gordura (26,3%) (Brasil, 2010b).

A comparação do consumo alimentar das mulheres com sobrepeso/obesidade com um estudo em mulheres também com sobrepeso/obesidade não beneficiárias do PBF, mas que viviam nessas mesmas comunidades, mostra uma maior ingestão de carboidratos (59,96% *versus* 58,9%) e de lipídios (24,22% *versus* 22,5%) e menor de proteínas (16,59% *versus* 18,6%) (Florêncio et al., 2003). Pode ter ocorrido, portanto, um aumento no consumo de carboidratos e lipídios com o Programa para esse grupo.

A ingestão dos micronutrientes foi inadequada para cálcio, folato, vitamina E, magnésio, vitamina C, zinco, riboflavina, tiamina e fibra e está em concordância com o tipo de alimentos comprados com o recurso do PBF, isto é, baixa aquisição de alimentos fontes desses nutrientes, como frutas, verduras, legumes e produtos lácteos. Ficando evidente a monotonia alimentar dessa população com dieta baseada em cereais de alto índice glicêmico, proteína baseada na carne de frango e quantidades diminuídas de frutas, vegetais e alimentos integrais.

Dessa forma, a alta taxa de sobrepeso/obesidade encontrada entre as mulheres pode também ser explicada, em parte, pelo consumo de alimentos baratos com alta densidade calórica e alto índice glicêmico, como biscoito, farinha de milho e macarrão, encontrados também em outros estudos que evidenciaram o maior consumo destes alimentos nas classes econômicas D e E (Hruschka, 2012). Acredita-se que as famílias do presente estudo beneficiárias do PBF, ao aumentarem a renda, passaram a consumir alimentos com alta palatabilidade e alta densidade energética, os quais estariam favorecendo o excesso de peso observado.

A gênese da obesidade em populações de baixa renda pode então estar relacionada às escolhas por alimentos mais baratos e com baixo valor nutricional (Drenowsky, 2009), as já descritas alterações fisiológicas que aumentam o processo de conservação de energia, a baixa atividade física agravada pela situação de desemprego, e ainda as condições psicológicas associadas ao estresse da pobreza que sabidamente são risco para obesidade (Torres; Nowson, 2007).

O cenário de insegurança alimentar encontrado no presente estudo é extremamente crítico, pois cerca de 92% de todas as famílias relataram algum grau de IA. Ao passo que dados nacionais apontam que a IA atinge não mais do que cerca de 30% das famílias (IBGE, 2010). Houve associação estatística e positiva entre número de pessoas na casa e estar sem trabalho no momento do estudo e insegurança alimentar. Esses resultados corroboram com outros estudos que apontaram que as variáveis que melhor explicam a insegurança alimentar são baixa renda, moradia precária e aglomeração intradomiciliar (Panigassi et al., 2008; Salles-Costa et al., 2008).

Em conclusão, o presente estudo, um dos poucos a investigar o padrão de ingestão alimentar em população atendida pelo Programa Bolsa Família, en-

controu uma realidade paradoxal, com prevalências muito altas de desnutrição em crianças e adolescentes coexistindo com prevalências altas de sobrepeso/obesidade em adultos, sem diferenças marcantes no perfil da ingestão alimentar em relação aos dados nacionais. Por outro lado, em relação a estudos anteriores em população semelhante não beneficiária (Florêncio et al., 2003), parece ter havido aumento na ingestão de carboidratos e lipídios entre as mulheres com excesso de peso. Faz-se necessário, portanto, a adoção de ações integradas entre o PBF e setores responsáveis por políticas públicas na área de educação/saúde a fim de garantir estratégias de educação alimentar para promover melhoria nas condições nutricionais e prevenir doenças crônicas não transmissíveis ao longo da vida. Chama ainda a atenção a presença de altas taxas de desnutrição entre as crianças e adolescentes mesmo com o benefício recebido. O que denota que outras ações são necessárias.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério de classificação econômica Brasil: ABEP, 2012. Disponível em: <http://www.abep.org/codigos-guias/ABEP_CCEB.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2012.

ATTANASIO, O. et al. *The short-term impact of a conditional cash subsidy on child health and nutrition in Colombia*. Report summary. London: The Institute for Fiscal Studies, Centre for the Evaluation of Development Policies, 2005.

BARBOSA, J. M. et al. Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda no Nordeste brasileiro. *Arch. Latinoam. Nutr.*, v.59, p.22-9, 2009.

BATISTA, F. M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19 (Supl.1), p.181-91, 2003.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil, Rio de Janeiro: IBGE, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Avaliação do programa Bolsa Alimentação. Decreto 5.209 de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei n.10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 17 set, 2004b.

_____. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na assistência à saúde. Secretaria de Atenção ao Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2008. 61p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: [s.n.], 2010a.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009. Análise do consumo alimentar e pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: [s.n.], 2010b.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2009. Segurança Alimentar, Brasil, Rio de Janeiro: IBGE, 2010c.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Bolsa Família. Brasília: 2011. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

CASCUDO, L. C. *História da alimentação no Brasil*. São Paulo: Global, 2004.

DAVIS, B. A experiência de intervenções de transferência de renda no México rural: evidências dos programas Progressa e Procampo. In: TAKAGI, M. et al. (Org.) *Combate à fome e à pobreza rural*. São Paulo: Instituto de Cidadania, 2002.

DEPARTMENT FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT. Social transfers and chronic poverty: emerging evidence and the challenge ahead. London: DIFC, 2005a.

_____. Using social transfer to improve human development. London: DIFC, 2005b.

DRENOWSKY, A. Obesity, diets and social inequality. *Nutr. Rev.*, v.67S, p.S36-S39, 2009.

FERREIRA, H. S. et al. Hipertensão, obesidade abdominal e baixa estatura: aspectos da transição nutricional em uma população favelada. *Rev. Nutr.*, Campinas, v.18, n.2, Abr., 2005.

FERREIRA, H. S.; LUCIANO, S. C. M. Prevalência de extremos antropométricos em crianças do Estado de Alagoas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.44, n.2, Abr., 2010.

FISBERG, R. M. et al. *Inquéritos alimentares*. Métodos e bases científicas. Barueri: Manole, 2005.

FLORÊNCIO, T. M. M. T. et al. Food consumed does not account for the higher prevalence of obesity among stunted adults in a very-low-income population in the Northeast of Brazil (Maceió, Alagoas). *Eur. J. Clin. Nutr.*, v.57, n.11, p.1437-46, 2003.

HARVEY, P.; SAVAGE, K. *No small change*: Oxfam BG Malawi and Zambia emergency cash transfer projects: a synthesis of key learning. London: HPG, 2006.

HRUSCHKA, D. J. Do economic constraints on food choice make people fat? A critical review of two hypotheses for the poverty-obesity paradox. *Am J Hum Biol.*, v.24, n.3, p.277-85, May-Jun. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS. Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiadas. Rio de Janeiro: IBASE, 2008. Disponível em: <http://www.ibase.br/userimages/ibase_bf_sintese_site.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Primeiros dados do Censo 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=27>. Acesso em: 22 mar. 2011.

MARÍN-LEÓN, L. et al. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1433-40, set./out. 2005.

MARTINS, V. J. B. et al. Long-lasting effects of undernutrition. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v.8, p.1817-46, 2011.

- MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.698-709, maio-jun. 2004.
- MIFFLIN, M. D. et al. A new predictive equation for resting energy expenditure in healthy individuals. *Am. J. Clin. Nutr.*, v.51, p.241-7, 1990.
- MONTE, C. M. G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. *Journal de Pediatria*, v.76 (Suppl 3), p.285-97, 2000.
- MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. *Arq Bras Endocrinol Metab* [online], v.43, n.3, p.186-94, 1999.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTIC. Growth Curves 2000. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/growthcharts>>.
- PANIGASSI, G. et al. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.10, p.2376-84, out. 2008.
- PETROSKI, E. L. et al. Crescimento físico e estado nutricional de crianças e adolescentes da região de Cotinguiba, Sergipe. *Rev Paul Pediatr*, v.26, n.3, p.206-11, 2008.
- SALLES-COSTA, R. et al. Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Nutr.*, v.21, Suppl., p.99s-109, 2008.
- SAWAYA, A. L. et al. Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.17, n.48, ago. 2003.
- SEGALL-CORREIA, A. M. et al. Relatório Técnico (versão preliminar). Acompanhamento e avaliação da Segurança Alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação. Urbano/Rural. Campinas: Unicamp, março, 2004. 25p.
- SILVEIRA, B. R. et al. Associação entre desnutrição em crianças moradoras de favelas, estado nutricional materno e fatores socioambientais. *J. Pediatr.* Rio de Janeiro, Porto Alegre, v.86, n.3, jun. 2010.
- TORRES, S. J.; NOWSON, C. A. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, v. 23, n.11-12, p.887-94, nov.-dec. 2007.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Escola Paulista de Medicina de São Paulo, Centro de Informática em Saúde. Nutwin – Programa de apoio a Nutrição. Unifesp: Versão 2,5. São Paulo, 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometric Indicators of Nutritional Status. Geneva, World Health Organization, 1995. (WHO Technical Report Series, 854)
- ZABOTTO, C. B. et al. *Registro fotográfico para inquéritos dietéticos* – utensílios e porções. Campinas: RTN, 1996.

RESUMO – Foram estudados beneficiários do Programa Bolsa Família de Maceió (AL) e encontrada alta prevalência de desnutrição nas crianças (18%) e adolescentes (20%); mas excesso de peso nos adultos (51%). As mulheres beneficiárias tiveram quatro vezes mais chance de ter obesidade abdominal em relação aos outros adultos. A maioria das famílias (92%) apresentou Insegurança Alimentar (IA), sendo em 33% grave. Houve associação entre IA e maior número de pessoas na casa e desemprego. Entre as obesas houve aumento no consumo de alimentos ricos em carboidratos e lipídios em relação à outra população não beneficiária. Encontrou-se ingestão inadequada de cálcio, folato, vitamina E, magnésio, vitamina C, zinco, riboflavina, tiamina e fibra. Esses achados demonstram a necessidade de ações integradas entre políticas de educação/saúde e os programas de transferência de renda.

PALAVRAS-CHAVES: Desnutrição, Obesidade, Ingestão alimentar, Insegurança alimentar, Programa Bolsa Família.

ABSTRACT – We studied beneficiaries of Bolsa Família Maceió – AL and found a high prevalence of malnutrition in children (18%) and adolescents (20%), but overweight in adults (51%). Women beneficiaries were 4 times more likely to have abdominal obesity compared to other adults. The vast majority of households (92%) had food insecurity (FI); severe FI was found in 33%. There was an association between FI and larger number of people in the house and unemployment. An increase in the consumption of foods rich in carbohydrates and lipids was found in obese women in comparison to other studies. It was found inadequate intake of calcium, folate, vitamin E, magnesium, vitamin C, zinc, riboflavin, thiamine and fiber. These findings demonstrate the need for integrated actions between education / health and income transfer programs.

KEYWORDS: Undernutrition, Obesity, Food intake, Food insecurity, Family Allowance Program.

Marcela Jardim Cabral é mestranda na Faculdade de Nutrição (Fanut), Universidade Federal de Alagoas (Ufal). @ – marcela_jardim@hotmail.com

Karlla Almeida Vieira é doutora em Odontologia (Odontopediatria), Centro de Recuperação e Educação Nutricional. @ – akarllavieira@gmail.com

Ana Lydia Sawaya é professora da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Departamento de Fisiologia da EPM. @ – alsawaya@unifesp.br

Telma Maria Menezes Toledo Florêncio é professora da Universidade Federal de Alagoas (Ufal), Faculdade de Nutrição (Fanut). @ – telmatf_al@hotmail.com

Recebido em 23.5.2013 e aceito em 17.6.2013.

Desnutrição e práticas pré-escolares de leitura e escrita

SANDRA MARIA SAWAYA

AS INSTITUIÇÕES de educação infantil, e mais especificamente a pré-escola, vêm se constituindo cada vez mais em uma instituição voltada para a transmissão dos conhecimentos da leitura, da escrita e das demais formas de linguagem como a matemática, a musical, a artística e a corporal (Brasil, 1998). Como é sabido, elas surgiram no Brasil como política pública com o intuito de dar assistência à primeira infância, atender às necessidades de saúde e compensar possíveis deficiências ou carências nutricional, sociocultural e cognitiva entre as crianças dos segmentos mais empobrecidos da população (Poppovic, 1972; Campos, 1989). Mais recentemente, uma nova concepção de aprendizagem da linguagem escrita, que atribui à precariedade das experiências de leitura e escrita nos meios populares a existência de dificuldades na alfabetização, tem indicado a necessidade de que a pré-escola possa propiciar às crianças pobres essas experiências como forma de combate aos problemas de aprendizagem na alfabetização (Brasil, 1998). Argumenta-se que as crianças de classes populares não se encontram no mesmo patamar de desenvolvimento intelectual das outras crianças por não terem tido, via de regra, experiências com a leitura e a escrita fora do universo escolar, o que acarreta atrasos cognitivos e linguísticos. É essa linha de pensamento que sustenta as políticas de atendimento pré-escolar e a não reprovação nas séries iniciais, tendo em vista oferecer mais tempo para as crianças das escolas públicas se alfabetizarem (Brasil, 1997).

Trabalhos de pesquisa realizados com populações moradoras em favelas na cidade de São Paulo têm identificado um número significativo de crianças de zero a seis anos portadoras de desnutrição moderada-grave. Subnotificados nos levantamentos censitários, esse grupo de crianças e suas famílias compõem um universo ainda desconhecido pelas pesquisas em educação e saúde (Sawaya et al., 2003). Não beneficiário dos programas de saúde e educação, esse grupo faz parte de uma parcela significativa da população que se encontra abaixo da linha de pobreza e, portanto, requer ações mais efetivas. Todavia, apesar da precariedade material em que se encontra essa camada mais empobrecida da população de São Paulo, é sabido que ela tem utilizado de diversas estratégias para sobreviver na adversidade e exclusão social e driblar a fome e a miséria. No entanto, ela ainda demanda estudos focados cujas metodologias de investigação possibilitam a aproximação da complexidade de questões a serem enfrentadas.

O presente artigo procura dar conta de alguns dos resultados de uma

pesquisa realizada com um grupo de treze crianças de três a cinco anos em uma instituição de educação infantil que atende crianças com desnutrição moderada-leve. Um dos objetivos do estudo foi verificar que relações e práticas de leitura e escrita se desenvolvem entre esse grupo de crianças e seu professor na pré-escola. Os dados obtidos corroboram estudos que apontam a necessidade de revisar os pressupostos das políticas educacionais de que as crianças de camadas populares trazem para a instituição de ensino problemas de aprendizagem devido a atrasos em seu desenvolvimento linguístico e cognitivo, em decorrência da ausência de práticas de leitura e escrita em seu universo sociocultural. É sabido que opera em favor dessas teses um modelo evolucionista que pressupõe que a aquisição do pensamento abstrato é uma decorrência do desenvolvimento da oralidade para a escrita, particularmente a escrita alfabética. Essa imagem, que tem fortes raízes no pensamento ilustrado (Chartier, 1995), tem, todavia, encontrado argumentos discordantes entre vários autores (Houston, 1997; Cagliari, 1997; Olson, 1995; Pattanayak, 1995; Sawaya, 2000) e tem pedido revisão no âmbito da educação. Vários investigadores (Graff, 1987; Finnegan, 1988; Keller-Cohen, 1994; Hoggart, 1957) também têm criticado as visões ufanistas sobre as consequências da alfabetização, considerando essa posição um *mito* que não só oculta a natureza contraditória e heterogênea dos usos sociais da língua escrita (Rockwell, 2000), como considera as culturas orais e a oralidade como algo que a ela se contrapõem.

A análise do cotidiano pré-escolar do grupo de treze crianças e seu educador permitiu identificar que os modelos pedagógicos propostos pelas políticas educativas na atualidade, ainda que apregoem uma visão mais moderna e progressista dos processos de ensino e aprendizagem da língua escrita, propõem práticas pedagógicas que atuam a partir da negação de experiências prévias com a leitura e a escrita entre as populações pobres dos centros urbanos (cf. Brasil, 1997). Assim, não apenas acabam por negar as crianças e seus educadores como sujeitos de conhecimento, como desconsideram no modelo formativo proposto que, por fora das formas institucionalizadas (que estabeleceram a escola como lugar da cultura letrada), possa haver práticas de leitura que remetem a uma diversidade de usos e formas de ler que contrastam com o modelo oficial. Ademais, ignoram que os modelos didáticos propostos, ao serem colocados em práticas, veem-se confrontados com uma gama de experiências e de atividades leitoras e escritoras entre as crianças e seu educador que remetem a diversas tradições didáticas, necessidades e usos de diferentes naturezas, presentes nas instituições educacionais (Rockwell, 2001).

As contribuições de uma história das práticas de leitura e da escrita (Chartier, 1993; Certeau, 1990) têm revelado diferentes maneiras de ler, diversidade de práticas de leitura que permitiram desnaturalizar as formas letradas do ler: uma leitura individual, silenciosa, que faz abstração do contexto da sua produção ao buscar no próprio texto os seus sentidos. A problematização dessa

visão naturalizada diante da diversidade das formas de leitura e da existência de *práticas de leitura*, que se constroem no cotidiano das instituições escolares, apontou a necessidade de se investigar como elas vêm acontecendo na pré-escola entre crianças pertencentes às camadas mais pobres da população de São Paulo, moradoras em favelas e com desnutrição primária. A tese em discussão é a de que a leitura é um *ato social* (Rockwell, 2001) cujas maneiras de ler, que se estabelecem entre o educador e seus alunos, constroem-se em um contexto em que estão presentes inúmeras relações e sentidos para o ato de ler. “Professores e alunos constroem interpretações cruzadas por convenções escolares e saberes cotidianos, que tornam o texto, mais ou menos acessível” (ibidem, p.13). Ou seja, o ato de ler se constitui nas contradições existentes entre um projeto elitista e as formas cotidianas que assumem a leitura como leitura do mundo. Ao evidenciar as formas de imposição subjacentes à “forma escolar de ler”, que pressupõe uma leitura silenciosa, individual, de alguém que domina o código escrito e é capaz de decifrá-lo, esses autores trazem à luz as práticas culturais que foram forjadas durante a modernidade europeia e a também diversidade de práticas de leitura que se constituíram em diferentes contextos de produção, mediante relações sociais, políticas e econômicas que cada época definiu como leitura.

O estudo parte de um referencial teórico metodológico que, ao tomar a leitura e a escrita num sentido mais amplo do que o da aquisição de uma competência, aponta não só para as suas várias formas de existência social, atingindo a todos os indivíduos em uma sociedade letrada quando os papéis passam a fazer parte da vida de todos (Sawaya, 2000), como permite analisar como as concepções, as relações que organizam as práticas de leitura e escrita na instituição escolar podem possibilitar ou dificultar a manifestação das relações, dos usos e das experiências com a leitura e a escrita que as crianças de camadas populares trazem como bagagem cultural para a pré-escola. A análise ocorreu a partir dos sujeitos, crianças e educadores, examinados como pessoas portadoras de determinadas experiências de leitura e escrita, de uma visão de mundo e de uma práxis social cuja especificidade não pode ser entendida no âmbito de conceitos como os de diferenças ou defasagem cognitiva, dominação cultural, precariedade material, alimentar etc. Detivemo-nos em conhecer as várias práticas de leitura e escrita em que as crianças se acham envolvidas, tanto nas atividades formais de ensino-aprendizagem quanto nos momentos em que utilizam a escrita espontaneamente. Alguns autores (Anderson; Teale, 1990) destacaram que muitos desses momentos não seriam considerados como fontes importantes para as pesquisas, mas na nossa, foram fundamentais.

Desnutrição, pobreza e fracasso escolar na alfabetização: relação que pede revisão

Desde os trabalhos pioneiros que têm problematizado as relações deterministas entre pobreza, desnutrição e dificuldade de escolarização de grande parcela da população brasileira, já não se pode mais estabelecer uma relação causal en-

tre esses fenômenos (Moyses; Collares, 1997; Sawaya, 2006). A desnutrição que acomete principalmente crianças abaixo da linha de pobreza (Sawaya, 2003) não pode mais ser utilizada como justificativa para os baixos índices de desempenho escolar de grande parte do alunado no Brasil. Os argumentos são bastante conhecidos e dispensam sua retomada neste artigo (Collares; Moyses, 1996). Até mesmo as teses de que as crianças vítimas da desnutrição têm sua capacidade de aprendizagem comprometida vêm sendo questionadas. Os argumentos apresentados não desconsideram que a pobreza tem efeitos desastrosos sobre a vida dos indivíduos, principalmente entre as crianças na primeira infância. No entanto, o que inúmeros estudos têm procurado evidenciar é que, apesar das carências, das privações materiais, das condições adversas de vida e das diferentes formas de exclusão social a que está historicamente submetida a parcela mais pobre da população, as estratégias que têm encontrado para sobreviver e ter uma vida digna dão provas de que a capacidade humana de pensar, raciocinar lhes é inerente e pede reconhecimento. A luta por expansão do sistema de ensino, a luta por creche, os movimentos dos trabalhadores sem teto, a ocupação do solo urbano, as lutas por água, luz, esgoto etc. demonstram o enorme esforço das camadas populares de se impor na cidade e de nela se integrar. Cada vez mais se tem demonstrado que as políticas públicas de combate à pobreza já não podem desconsiderar as estratégias utilizadas pela própria população na busca de soluções para os problemas vividos. Ademais, muitas das concepções e práticas utilizadas, seja pelo poder público, seja pelas organizações da sociedade civil no combate à pobreza e à desnutrição – naquilo que, a despeito de suas boas intenções, ainda se constituem como formas de exclusão como a associação indiscriminada entre pobreza e patologias ou deficiências de natureza psíquica –, pedem revisão. Além desses aspectos, alguns estudos vêm demonstrando que a visão que tende a predominar no país, de que a desnutrição foi erradicada, não corresponde à realidade dos fatos nem mesmo nas regiões como São Paulo (Sawaya et al., 2011). Os resultados desses estudos apontam que o atendimento pré-natal e a atenção à saúde, alimentação, nutrição e educação da população pré-escolar ainda não estão devidamente equacionados. Diante desse quadro, surgiu o interesse deste estudo em perguntar: como um grupo de crianças vítimas de desnutrição se relaciona com os projetos de leitura e escrita nesse centro de educação infantil? Quais são os projetos propostos, seus objetivos formativos, suas práticas pedagógicas? Como delas se apropriam os educadores?

Sabemos que as formas de apropriação das políticas e propostas pedagógicas nas instituições de educação infantil são variadas. A sua implantação depende da multiplicidade de fatores presentes no contexto institucional. As atividades e os projetos desenvolvidos na escola não são a aplicação exata das propostas idealizadas pelas políticas educacionais, uma vez que são interpretados e determinados pelos vários processos que constituem a vida da escola: as experiências profissionais e de vida de seus vários agentes, as concepções educacionais que ali

circulam, os objetivos implícitos e explícitos da instituição, as relações interpessoais, as relações com outras instituições etc. Assim, os usos e as propostas de leitura e escrita vão sendo definidos a partir dessas várias questões, contribuindo também, para esse processo, as maneiras de a instituição valorizar a leitura e a escrita e perceber as crianças e suas famílias, as suas capacidades e possibilidades de aprendizagem.

A nossa pesquisa aponta ainda a insuficiência das análises que buscam examinar os processos de aquisição da língua escrita pelas crianças e suas questões, centrando-se apenas no exame das relações entre o aluno, o objeto de conhecimento e o professor. Um dos problemas dessas análises é que o contexto escolar é “pano de fundo”. Isto é, a instituição escolar comparece apenas como o lugar, o tempo, a organização interna, as condições materiais e humanas (formação e competência docente), onde se desenvolvem as interações que promovem (ou não) as condições para que aconteça a aprendizagem das crianças. Ao explicitar o que ocorre nas situações de ensino e aprendizagem *estrito senso* para nela intervir, essa abordagem toma a realidade escolar em suas condições favoráveis ou desfavoráveis ao desenvolvimento dos processos individuais das crianças na construção do seu conhecimento da língua escrita (Brasil, 1997). Vale lembrar que é essa a abordagem que tem fornecido os argumentos em favor de reformas educacionais que passaram a privilegiar, nas políticas de melhoria da qualidade do ensino nas escolas, a formação do professor em serviço.

Ao focalizarem na formação do professor o estudo dos processos lógicos que um campo teórico definiu como aqueles que direcionam a produção do conhecimento da língua escrita pelas crianças, a aquisição da capacidade de ler e escrever é tomada essencialmente como um processo interno de conceitualização e estruturação de esquemas mentais pelas crianças, cujo professor comparece como facilitador na medida em que passa a intervir para que ocorra o processo de desenvolvimento mental infantil (Brasil, 1997; São Paulo, 2010). O objetivo não é examinar as próprias práticas de leitura e escrita entre os sujeitos concretos que as praticam nos contextos em que são praticadas (Azanha, 2011), mas identificar, mediante situações experimentais (como nas “sondagens”, nas atividades pedagógicas planejadas em sala de aula com essa finalidade), como esclarece um dos documentos oficiais norteadores das ações nas escolas no Estado e no município de São Paulo, os esquemas mentais utilizados pela criança na sua compreensão do sistema alfabético e seus usos nas situações escolares de escrita e leitura (São Paulo, 2010). Delimitam, assim, o campo de investigação e intervenção pedagógica a determinadas ações predefinidas como aquelas que caracterizam a aprendizagem da língua escrita pelas crianças, isto é, a sua compreensão do funcionamento alfabético do sistema de escrita e o desenvolvimento das capacidades e habilidades infantis para utilizá-las. O problema é que se abandonam as múltiplas ações e significados que os atos de ler e escrever assumem no cotidiano das instituições escolares, em que estão envolvidas diferentes maneiras de ler, di-

ferentes crenças sobre a leitura e a escrita e a necessidade de se analisar a natureza das relações intersubjetivas que envolvem o ato de ler como construção social. Socialmente constituídas e constitutivas da subjetividade dos atores, as práticas de ensino são postas em ação por sujeitos dotados de experiências formativas enraizadas na cultura, nas próprias relações institucionais e sociais que lhes dão sentido, que conduzem suas ações, seus discursos e suas visões de mundo.

Os estudos das categorias didáticas do ensino da língua escrita têm revelado o “trabalho escolar” que, historicamente instituído, definindo os gestos, as formas de operar, os modos de pensar e agir da escola, produzem os sujeitos leitores e escritores (Lahire, 1993). Isto é, ao explicitar o caráter normativo das “práticas escolares de leitura e escrita”, que se reproduzem nas ações dos sujeitos leitores e escritores como um *habitus*, no sentido que lhes dá Bourdieu (Nogueira; Catani, 1998), esses autores revelam que ele está implícito na própria definição dos usos escolares, dos gêneros textuais, das formas de leitura e interpretação dos textos e produção escrita presentes na cultura escolar, ou seja, nas formas que assumem a socialização escolar da cultura escrita. No entanto, ao se explicitar as relações de poder subjacentes às relações escolares que definiram de determinados modos a introdução, via escola, das práticas de leitura e escrita nas sociedades letradas e a constituição dos sujeitos leitores e escritores, foi possível revelar o papel instrumental, técnico da alfabetização no desenvolvimento social. Não há, portanto, um uso natural da leitura e da escrita, uma vez que ele está sob efeito das formas de imposição cultural que, servindo-se da escrita, impuseram-se no corpo social (Sawaya, 2000). Desse modo, é preciso afirmar que, por trás das tentativas pré-escolares de introduzir as crianças, o mais cedo possível, nas práticas de leitura e escrita dos textos, não se pode deixar de considerar o conjunto de dispositivos como os textos normativos, a formação dos educadores, a organização da instituição de ensino, as práticas de ensino etc. que, constituintes da proposta pedagógica, impõem-se, visando à “conversão ou inculcação” de relações com a linguagem, que são aquelas que devem ser internalizadas pelos escolarizados. Entretanto, é preciso não esquecer que elas produzem resistência no corpo escolar, como mostraremos. Nesse sentido, torna-se necessário explicitar que a escola está a serviço desses modos de imposição, mediante a constituição de sujeitos leitores que leem e escrevem de determinados modos um texto, um documento e tendem a dar prioridade aos discursos escritos em detrimento da própria experiência dos sujeitos leitores e escritores.

Para além das formas de dominação que definiram como naturais e universais os processos de alfabetização que ocorrem na escola, é preciso, todavia, se perguntar sobre as práticas de leitura e escrita que ocorrem nas instituições escolares como atividade produtiva dos sujeitos em seu sentido material e também simbólico (Rockwell, 2001). Estamos nos referindo aos modos de apropriação da leitura e da escrita que revelam produções não autorizadas de sentido, usos e formas de ler. Desconhecidas, elas ocorrem entre as crianças e os professores,

mesmo entre aquelas consideradas como portadoras de problemas de aprendizagem e que, pouco documentadas, permitem revelar a complexidade da produção de sentidos e usos do escrito na escola, que contrariam as afirmações acerca da sua ausência e suas supostas consequências sobre suas capacidades de aprendizagem. Entretanto, para que essa produção pudesse vir à luz, foi fundamental a compreensão do ato de ler e escrever como *prática cultural* (Chartier, 1993; Certeau, 1990), pois ela revela dimensões até então ignoradas pelas concepções que tomam a escrita como instrumento ou técnica a serviço de determinadas funções cognitivas e sociais.

As concepções da escrita como *ferramenta cultural*, como na perspectiva histórico-cultural de Vygotsky ou como *utensílio mental* segundo a escola dos Annales, distinguem-se, como mostra Rockwell (2000, p.6), da concepção que a toma como *prática cultural*. No primeiro caso, as contribuições da escrita como *instrumento cultural* permitiram inúmeros avanços em relação à visão da escrita como pura representação da língua ou como código simbólico. Chamaram a atenção para a língua escrita como instrumento material para documentar, registrar e destacaram seu papel na estruturação de determinadas formas de pensamento e ação. No entanto, a percepção da escrita como uma *prática cultural*, herdeira do conceito de *práxis* como atividade produtiva material e simbólica dos indivíduos na sociedade (Rockwell, 2001), tem permitido revelar a diversidade histórica e social que diferentes épocas e lugares construíram como práticas de leitura e escrita. Por essa via, indaga sobre as relações sociais, políticas e econômicas que determinaram suas formas de produção, apropriação e uso e também suas formas de resistência, usos não autorizados e aprendizagens autodidatas, o que permitiu não só a percepção da presença da cultura escrita no corpo social, seja ele alfabetizado ou não, como colocou a necessidade de se investigar as inúmeras formas que a leitura e a escrita assumem no âmbito escolar e que adquirem sentidos diversos em função dos processos sociais contraditórios que correm na escola e fora dela.

As crianças desnutridas e as relações com a escrita: uma apropriação negada?

A crença de que a carência alimentar é uma decorrência da carência cultural foi uma associação estabelecida por muitos. A ideologia que as sustentam disseminou o mito de que as crianças vítimas de desnutrição, via de regra, são provenientes de famílias desestruturadas, que não souberam alimentá-las adequadamente, seja em decorrência de hábitos alimentares incorretos, seja por problemas psíquicos ou cognitivos da mãe e tendeu a anular a diversidade de histórias que resultaram na desnutrição infantil. Ao desconsiderar, na compreensão das causas da desnutrição, o caráter político que envolve a questão e as múltiplas histórias que levaram à escassez de alimento, à insegurança alimentar, às intercorrências associadas à falta de acesso aos serviços de saúde e, por fim, ao equilíbrio precário que caracteriza a existência dessa parcela significativa

da população na sociedade brasileira, deixa-se de considerar a complexidade de questões a serem enfrentadas no seu combate: a instabilidade das condições econômicas da família, ter ou não ter emprego, ter ou não acesso aos serviços de saneamento básico, de saúde, a precariedade das condições de moradia, grande parte delas fruto de ocupações clandestinas, autoconstruídas com os precários recursos em que a cada momento de dificuldades foi preciso escolher entre alimentar os filhos e construir o cômodo, o banheiro etc. Além disso, deixa de se considerar o enorme esforço feito por essa população para continuar a viver, mesmo em condições tão adversas, e que precisa ser considerada como forma de produção cultural. As suas práticas culturais, suas formas de ler o mundo, de se relacionar com a cultura e a escrita não podem ser compreendidas fora desse universo marcado pelas contradições sociais, pelos conflitos gerados pela imposição das formas instituídas de uma alfabetização baseada em um modelo elitista. Isto é, que exclui das formas de leitura, das práticas de escrita, práticas de leitura que ocorrem coletivamente, entre alfabetizados e não alfabetizados, e que situa o texto nas vivências cotidianas de seus leitores. Trata-se de contradições que se fazem presentes nas instituições educacionais e seus projetos formativos.

A escola “não está isolada, imune das tensões e contradições do mundo exterior” e uma diversidade de usos, funções, formas de apropriação marcam as práticas de leitura e escrita nas instituições de ensino (Júlia, 2001, p.12). Daí, a necessidade de “historiar” as práticas, isto é, de buscar, em qualquer das atividades desenvolvidas, os sedimentos de períodos anteriores, de práticas de leitura esquecidas, desconsideradas, eliminadas, assim como as mudanças operadas e buscar identificar a coexistência de saldos *residuais* e práticas *emergentes*, que se entrelaçam com tendências dominantes em qualquer momento histórico (Williams, 1981). O caráter dinâmico desses processos, que busca não apenas as práticas, mas os sujeitos que as praticam, com suas motivações, desejos e necessidades formativas, tornam-se ainda mais claros se assumimos um conceito dialético de *cultura*. “Cultura não é um conjunto de conhecimentos a assimilar, mas é o fruto de um esforço comum a todos para compreender melhor o que se passa em volta de nós e explicar aos outros” (Chombart de Lowe apud Bosi, 1986, p.17). Matizando o conceito de instrução e seu caráter homogeneizante, que muitas vezes ignora “a existência de uma realidade cultural que se estrutura a partir de relações internas da sociedade” (ibidem, p.63), Bosi retoma o conceito de cultura popular como espaço de criação, como uma forma de *práxis social*.

Ao adotarmos, portanto, uma visão mais abrangente da noção de cultura, é possível se evidenciar que, por dentro das estruturas objetivas que definem de determinados modos a ação pedagógica – as “formas escolares de ensino da leitura e escrita” –, outras racionalidades definem os esquemas de ação e percepção do indivíduo, permitindo resgatar o sujeito em formação e suas diversas práticas culturais de leitura e escrita que têm lugar na vida cotidiana da escola. Ao conceber a cultura como um processo dinâmico, conflituoso e contraditório

de uma formação social que tem como motor a luta de classes, essa nova forma de abordá-la e compreendê-la ultrapassa os limites da visão que a toma como imposição das ideias da classe dominante sobre as classes dominadas e vai além da visão que a concebe como o produto de uma produção intelectual e artística a que as classes populares não têm acesso (Chauí, 1995).

Ao se conceber a leitura e a escrita como práticas culturais, como formas de relação social e dispositivo de que serviu o poder para impor formas de percepção e ação no corpo social, já não se pode deixar de considerar que todos numa sociedade de cultura escrita estão sob os efeitos materiais e simbólicos de suas formas de imposição, o que coloca também a necessidade de se investigar de que maneira os diferentes grupos se relacionam com elas e de se examinar como um grupo de crianças vítimas da desnutrição se relaciona com a leitura e a escrita na pré-escola.

Práticas de leitura e escrita na pré-escola e as crianças com desnutrição: as diferentes maneiras de ler

Diante das propostas oficiais de realizar atividades de “letramento e capacitação docente” com um grupo de crianças e seu educador, dois estudantes do ensino médio de uma escola particular renomada desenvolvem atividade de leitura de textos infantis uma vez por semana durante duas horas. Em conformidade com as diretrizes educacionais, a instituição infantil em análise centrou suas atividades no intuito de desenvolver nas crianças determinadas “capacidades leitoras”, mediante projetos de leitura¹ especialmente desenvolvidos para esse fim: “produzir situações de letramento mediante leitores dotados de competência para isso e de uma prática discursiva letrada” e a “formação de mediadores capazes de mediar o contato das crianças e o mundo da leitura”. Trazendo cestas de livros e propondo a leitura dos impressos, dois jovens buscavam propiciar às crianças, mediante a narrativa de histórias, “o conhecimento de diferentes gêneros textuais, o desenvolvimento de atitudes e disposições favoráveis à leitura, a exploração das finalidades, funções e usos da escrita” etc. A proposta é a de familiarização com o livro, como nos explicitam os jovens, fazendo uma referência clara às recomendações oficiais: o desenvolvimento de comportamento e atitudes leitoras; o ensino de formas de manuseio; o desenvolvimento da percepção da leitura dirigida ao texto impresso e não às figuras; a busca dos conteúdos pedagógicos e de sentidos no próprio texto etc. (São Paulo, 2010). O pressuposto é o de que as crianças pré-escolares provenientes das camadas mais pobres apresentam confusão entre imagem e texto, concebem o texto como uma etiqueta do desenho, buscam o significado na imagem em vez de buscá-lo no texto; revelam divórcio entre decifrado e sentido. Aspectos que foram identificados como pertencentes a um nível mental designado como pré-operatório. No entanto, a leitura como atividade produtiva, material e simbólica, em que entram em jogo recursos culturais e sentidos diversos, logo tomou a cena. “Empoleirados” nos jovens, dotados de toda a paciência e interesse pelas crianças,

disputam espaço para que os olhos permaneçam na página escrita de um conto sobre as peripécias de um astronauta na Lua. O texto, apesar de destinado às crianças, é de compreensão difícil. Igor (cinco anos), no colo do jovem, busca com o dedinho percorrer as palavras escritas do livro como a seguir a sequência da história – o que contradiz as afirmações de que as crianças pobres confundem imagem e texto e buscam na imagem o sentido do texto –, mas ele perde o “fio da meada” da narrativa e começa a perguntar – “mas o que aconteceu com o cachorro?”, o texto vai ganhando outros rumos diante das inúmeras interferências das crianças e as tentativas da retomada da leitura pelo jovem. Entretanto, logo dispersam. Longe de isso poder significar incapacidade de se concentrarem e como o desejo de ouvir história e ler permanece nelas, Igor (cinco anos) toma a iniciativa de buscar um outro livro que todas adoram – o da história da vida dos bichos – e também buscar um outro leitor, a professora. Assim, a escolha pelas próprias crianças por um texto sobre a vida dos bichos, que já conheciam quase de cor em decorrência das inúmeras solicitações feitas à sua educadora de lê-lo e relê-lo, permitia uma atividade que as crianças tanto apreciavam: criar e recriar a história inúmeras vezes, recontextualizando-a e construindo diferentes sentidos a cada nova leitura. Desse modo, as diferentes formas de ler e a professora leitora davam oportunidade às crianças de recriações sucessivas e aproximações com outros contextos de sentido como cenas familiares das “peripécias de uma barata na cozinha”. Ao poderem intervir na trama, inventam personagens, recriam o enredo, mas também se deixam conduzir pela educadora, já que ante a nossa solicitação de que “leiam” ou “contem sobre a história que conhecem de cor”, são categóricos “não sei contar a história porque não sei ler” (Marcos, seis anos). A associação entre ler e contar não apenas revela a importância da oralidade na presença do texto escrito para essas crianças, mas também para o próprio professor. Como construir o sentido do texto que não no coletivo, transformando o texto em uma forma dialogada que aproxime a vivência das crianças dos sentidos do texto escrito? E que, portanto, os resgatem como sujeitos de conhecimento?

A professora inicia a leitura do texto, mas faz inúmeras interrupções: “Olhem, veja como o pernilongo faz”, mostra a professora – (todas imitam). “Sabe o pernilongo? Aquele que pica a gente de noite? Como é que ele faz? Lembra da história da Dengue? (teatralizada pelas crianças algumas semanas antes). Aqui é a barata. Sabe o que ela faz?”. “Olha ela embaixo da geladeira, ela entra em todo lugar (responde uma das crianças)”. “E o que a gente faz quando a barata aparece?” (professora). “A gente mata” (respondem as crianças). “Qual é o bicho que parece com o pernilongo?” (pergunta a professora). “Ah, a mosca” (responde o Igor de 5 anos que vai buscar um outro livro para mostrar também a mosca sobre as fezes, e que as crianças adoram). “Sabe quantas pernas tem a mosca? Tem seis, então é preciso falar para a sua mãe tapar a panela para não entrar mosca”. “Gente, quem é esse bicho agora?” (professora).

“Gente, quem é esse bicho agora?”. Mostra a figura às crianças, que respondem: “a aranha”. “Olha a teia, e quem faz a teia?”. “A aranha”, respondem as crianças. “Sabe que a aranha leva muito tempo para fazer a teia? E a gente

vai lá e acaba com a teia”. “Eu mato a aranha para a minha mãe, a gente mata com o chinelo, mas essa aqui tem na minha casa, mas a da minha casa não tem tantos dedos, parece uma folha”. Finda a história, eles resolvem recontá-la por conta própria e os papéis agora se invertem e revelam que ela foi compreendida e objeto de grande atenção: “Tá aqui o pernilongo”, “olha aqui o pernilongo, o que ele tá fazendo? Procurando a comida”. “Onde?” (pergunta a professora). “Em todos os lugares”. “E o que ele pode passar para a gente?” (pergunta a professora). “Doença”. “E o que a gente tem que fazer pra não ficá doente?”. “Tapá a panela”.

O embate entre a norma oficial e a sua tradução em prática pedagógica na sala de aula revela que a leitura proposta como “atividade de letramento” se vê na prática contrastada com uma multiplicidade de práticas, usos e maneiras de ler que respondem a tradições didáticas diversas e, às vezes, inconciliáveis. Construindo coletivamente os sentidos do texto em que as crianças têm participação ativa, aproxima experiências apoiadas numa memória social, cuja oralização permite confrontar os sentidos, dar-lhes densidade existencial, o que permite às crianças se colocarem como sujeitos leitores. Trata-se de maneiras de ler esquecidas, cujo sentido se constrói no coletivo, oralmente, rompendo a ilusão do sentido presente no texto. A leitura do texto ganha sentido para as crianças mediante os diversos elementos do contexto que condicionam e orientam as maneiras de ler: ante a solicitação de ensinar hábitos de higiene, alimentação, cuidado com a saúde, a interferência do professor no texto, mediante sua “leitura dialogada” com as crianças, transforma medidas higienistas em medidas práticas para evitar problemas de saúde numa cozinha em que a barata não será exterminada e a mosca está sempre à espreita.

Ao se examinar as práticas de leitura diversas que se confrontam no espaço pré-escolar, não se pode deixar de considerar que a leitura como construção de significados não se constitui no ato de ler que só confirma “hipóteses de sentido” (Certeau, 1990), mas se apoia numa memória coletiva, socialmente constituída e compartilhada de sentidos e experiências entre o professor e suas crianças. No caso das crianças desse grupo, a conquista pela professora do seu “lugar de leitora”, “intérprete” e condutora da formação das crianças precisou ser construída no coletivo, na convivência diária com essas crianças, e não foi tarefa fácil. Ademais, a pré-concepção acerca da precária formação dos educadores de educação infantil os desautoriza a se perceberem como leitores. Sendo a segunda professora da classe no mesmo ano e sem formação em educação infantil, ela teve que conquistar seu espaço e se fazer respeitar pelas crianças que se recusavam a aceitá-la depois do abandono da classe pela primeira professora. Posta à prova pelas crianças inúmeras vezes, que “buscavam” mesmo na pesquisadora a professora para a sua classe, conquistou seu espaço mediante a construção de uma comunidade de sentidos e práticas compartilhadas, cuja familiaridade não foi apenas afetiva, mas se constituiu a partir de uma aproximação e conhecimento dos seus alunos, o que possibilitou a escolha certa dos livros que as

crianças adoram, permitindo a sua aproximação das crianças e das suas vivências, mediante a associação da história à vida cotidiana delas, que é bastante próxima também da sua. Mesmo “desautorizados” como “professores de leitura”, esses educadores desenvolvem, recorrendo às inúmeras tradições leitoras, um trabalho inestimável “ao lado” da leitura autorizada e valorizada: aproximam e encontram pontos de ligação entre as experiências das crianças, a necessidade de ampliá-las ou modificá-las e a possibilidade de a escola poder ocupar esse lugar.

À guisa de conclusão

O texto aqui apresentado é apenas uma aproximação de uma discussão e uma análise que necessitam aprofundamento. Pouco se conhece como vêm ocorrendo as práticas de alfabetização nas salas de aula, na vida cotidiana das escolas e que sentidos e relações as crianças vêm construindo com o mundo da escrita. As formas objetivistas que concebem a escrita como construção conceitual fazem abstração das práticas de leitura e escrita que têm lugar na vida cotidiana das escolas, nos bairros, na vida das crianças fora da escola. Desconsideradas, elas fazem *tabula rasa* das experiências infantis e docentes com a leitura e a escrita e perdem, assim, a oportunidade de compreender o conhecimento como o resultado do trabalho de reflexão, análise e crítica sobre os saberes e a experiência dos sujeitos envolvidos como ensinou Paulo Freire.

Nota

1 Trata-se do projeto da Fundação Abrinq “Era uma vez...”.

Referências

- ANDERSON, A. B.; TEALE, W. H. A lectoescrita como prática cultural. In: FERREIRO, E.; PALACIO, M. G. 3.ed. *Os processos de leitura e escrita: novas perspectivas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- AZANHA, J. M. *Um ideia de pesquisa educacional*. São Paulo: Edusp, 2011.
- BOSI, E. *Cultura de massa e cultura popular*. Leituras de Operárias. São Paulo: Vozes, 1986.
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. _____. *Parâmetros Curriculares Nacionais*. Brasília: MEC; SEF, 1997.
- _____. *Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil*. Brasília: MEC; SEF, 1998.
- CAGLIARI, L. C. O príncipe que virou sapo. In: PATTO, M. H. S. (Org.) *Introdução a psicologia escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- CAMPOS, M. M. M. Pré-escola: entre a educação e o assistencialismo. In: ROSEMBERG, F. (Org.) *Creche*. São Paulo: Cortez, 1989. (Col. Temas em destaque)
- CERTEAU, M. de. *L'invention du quotidien*. Paris: Folio, 1990. v.1 – Arts de faire.
- CHAUÍ, M. S. *Cultura e democracia*. 7.ed. São Paulo: Cortez, 1995.

- CHARTIER, R. (Dir.) *Pratiques de la lecture*. Paris: Rivages, 1993.
- _____. *Forms and meanings: texts, performances and audiences from codex to computer*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1995.
- COLLARES, C.; MOYSES, M. A. A. Desnutrição, fracasso escolar e merenda. In: PATTO, M. H. S. *Introdução à psicologia escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- FINNEGAN, R. *Literacy and orality*. Oxford: Basil Blackwell, 1988.
- GRAFF, H. *The legacies of literacy*. Bloomington: Indiana University Press, 1987.
- HOGGART, R. *The uses of literacy*. London: Penguin Books, 1957.
- HOUSTON, S. Um reexame de algumas afirmações sobre a linguagem das crianças de baixo nível socioeconômico. In: PATTO, M. H. S. (Org.) *Introdução à psicologia escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- JULIA, D. A cultura escolar como objeto de estudo. *Revista Brasileira de História da Educação*, n.1, p.9-43, jan./jun. 2001.
- KELLER-COHEN, D. (Ed.) *Literacy: interdisciplinary conversations*. Cresskill: Hampton, 1994.
- LAHIRE, B. *Culture écrite et inégalités scolaires*. Lyon: Presses Universitaires, 1993.
- MOYSES, M. A.; COLLARES, C. Desnutrição, fracasso escolar e merenda. In: PATTO, M. H. S. *Introdução à psicologia escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. (Org.) *Escritos de educação*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- OLSON, D. A escrita como atividade metalinguística. In: OLSON, D.; TORRANCE, N. *Cultura escrita e oralidade*. São Paulo: Ática, 1995.
- PATTANAYAK, D. P. A cultura escrita: um instrumento de opressão. In: OLSON, D.; TORRANCE, N. *Cultura escrita e oralidade*. São Paulo: Ática, 1995.
- POPPOVIC, A. M. Atitudes e cognição do marginalizado cultural. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, v.57, n.126, p.244-54, 1972.
- ROCKWELL, E. La otra diversidad: historias múltiples de apropiación de la escritura. *Diversité Langues*. 2000. Disponível em: <<http://www.teluq.quebec.ca/diverscite>>.
- _____. La lectura como prática cultural: conceptos para el estudio de los libros escolares. *Educación e Pesquisa*, São Paulo, v.27, n.1, p.11-26, jan./jun, 2001.
- SÃO PAULO, Secretaria da Educação. *Ler e escrever: guia de planejamento e orientações didáticas; professor alfabetizador*. 2º ano (1ª Série). 4 ed. São Paulo: FDE, 2010.
- SAWAYA, A. L. et al. Os dois brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. *Estudos Avançados*, v.17, n.48, p.21-41, 2003.
- SAWAYA, A. L. et al. *Desnutrição, pobreza e sofrimento psíquico*. São Paulo: Edusp, 2011.
- SAWAYA, S. M. Alfabetização e fracasso escolar: problematizando alguns pressupostos da concepção construtivista. *Educación e Pesquisa*, São Paulo, v.26, n.1, p.67-81, jan./jun. 2000
- _____. Desnutrição e baixo rendimento escolar: contribuições críticas. *Estudos Avançados*, v.20, n.58, p.133-45, 2006.
- WILLIAMS, R. *Culture*. London: Fontana, 1981.

RESUMO – O presente artigo procura dar conta de alguns dos resultados de uma pesquisa realizada com um grupo de treze crianças de três a cinco anos em uma instituição de educação infantil que atende crianças com desnutrição primária. Um dos objetivos do estudo foi verificar que relações e práticas de leitura e escrita se desenvolvem entre esse grupo de crianças e seu professor na pré-escola. Os dados obtidos corroboram estudos que apontam a necessidade de revisar os pressupostos das políticas educacionais de que as crianças de camadas populares trazem para a instituição de ensino problemas de aprendizagem devido a atrasos no desenvolvimento linguístico e cognitivo em decorrência da ausência de práticas de leitura e escrita em seu universo sociocultural.

PALAVRAS-CHAVE: Desnutrição, Práticas de leitura e escrita, Pré-escola, Fracasso escolar.

ABSTRACT – The present article attempts to give an account of some results of a research which was carried out with a group of thirteen children from three to five years old in an institution of infant education which takes care of children with primary malnutrition. One of the objectives of the study was to verify which reading and writing relations and practices are being developed between this children group and their teacher at pre-school. The data we obtained corroborate the studies which point to the necessity of revising the assumptions of the educational policy that lower class children bring about learning problems to the teaching institution, due to retardation in the linguistic and cognitive development, which results from the absence of reading and writing practices in their socio-cultural universe.

KEYWORDS: Malnutrition, Reading and writing practices, Pre-school, School failure.

Sandra Maria Sawaya é professora doutora na área de Psicologia e Educação do Departamento de Filosofia da Educação e Ciências da Educação da Faculdade de Educação da USP; é membro do Grupo de Estudos em Nutrição e Pobreza do IEA-USP. @ – sandrasawaya@yahoo.com.br

Recebido em 23.5.2013 e aceito em 12.6.2013.

A importância do tratamento em hospital-dia para a criança com subnutrição primária

MARIA PAULA DE ALBUQUERQUE, PAULA ANDREA MARTINS, RENATA CRISTINA PIRES e ANA LYDIA SAWAYA

Introdução

A SUBNUTRIÇÃO é resultado de uma complexa associação de fatores sociais, econômicos e biológicos, fortemente relacionada às condições de moradia de uma população e frequentemente associada às infecções (Black et al., 2008). Mais prevalente em áreas superpovoadas de países em desenvolvimento, afeta de forma especial alguns grupos como crianças abaixo de cinco anos, gestantes, portadores de doenças crônicas, pacientes hospitalizados e idosos. A subnutrição está relacionada a mais de um terço de todas as mortes de crianças menores de cinco anos, sendo uma das principais preocupações em saúde no mundo (WHS, 2009).

As principais repercussões da subnutrição infantil em curto prazo são, portanto maior suscetibilidade a processos infecciosos e o aumento da mortalidade infantil (Farhat; Faria, 1998). Na vigência de déficit nutricional, as infecções respiratórias e intestinais estão aumentadas e a resposta metabólica ante a infecção está prejudicada, levando ao ciclo vicioso infecção-subnutrição, sendo a subnutrição causa e efeito das infecções (Shimeles; Lulseged, 1994; Zaman, 1997). O risco de morte por diarreia em crianças (< 5 anos) é 4,6 vezes maior quando ela apresenta baixa estatura ou nanismo grave (estatura para idade: E/I < -3 escores z) e 9,5 vezes maior quando a criança apresenta magreza grave (peso para idade: P/I < -3 escore z) (Black et al., 2008). Com relação à pneumonia, o risco de morte é 3,2 vezes maior e 6,4 vezes maior em crianças com baixa estatura e magreza graves respectivamente (ibidem).

Após décadas de avanços no sistema de saúde, no acesso a alimentos e medicamentos, observa-se uma redução da mortalidade infantil e da prevalência da subnutrição em nosso país. O novo perfil nutricional mostra queda significativa das formas graves de subnutrição como marasmo e kawashiorkor, mas a baixa estatura ou nanismo de causa nutricional continua a ser um problema de grandes proporções, principalmente na população de baixo poder aquisitivo (Pesquisa de Orçamento..., 2010). A prevalência de baixa estatura (E/I < -2 escores z) em menores de cinco anos de idade é semelhante em meninos e me-

ninas: 6,3% e 5,7%, sendo mais evidente no primeiro ano de vida (8,4% e 9,4%, respectivamente). A região Norte apresenta a maior prevalência com 8,5% das crianças afetadas. Nota-se, ainda, forte tendência de redução da prevalência de baixa estatura com o aumento da renda (de 8,2% no estrato de menor renda para 3,1% no estrato de maior renda), denotando a forte determinação que a renda familiar ainda exerce sobre o risco de subnutrição infantil no Brasil (ibidem). Nesse sentido, cabe afirmar que a baixa estatura é um marcador de pobreza. Nos países em desenvolvimento, a participação genética na etiologia da baixa estatura tem pouca relevância quando comparada às fortes evidências da contribuição ambiental para o quadro (Frongillo et al., 1997; Martorell et al., 1998).

Idealizados para o combate à subnutrição infantil primária e criados na década de 1960, os Centros de Recuperação Nutricional (CRN) colaboraram com expressiva redução da mortalidade infantil em vários países da América Latina, como Chile e Guatemala (Sawaya, 1997) e ainda hoje são importantes recursos no enfrentamento da subnutrição em países como a Índia (Taneja et al., 2012). Esse modelo de tratamento ainda hoje é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o manejo da subnutrição grave, uma vez que permite o oferecimento da melhor terapia disponível, redução do risco de morte, diminuição do tempo de permanência hospitalar e facilitação da reabilitação e recuperação nutricional completa (WHO, 1999).

Este artigo apresenta os resultados do tratamento de crianças com subnutrição primária atendidas em regime de hospital-dia no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) em São Paulo.

Métodos

Local do estudo

O CREN oferece três tipos de atendimento: diretamente junto à comunidade (através de visitas domiciliares e supervisão de instituições), ambulatorial e hospital-dia. As crianças com subnutrição moderada/grave (0-60 meses) são atendidas em hospital-dia e provêm de famílias com maior risco social. O encaminhamento para ingresso no CREN ocorre a partir de censos com avaliações antropométricas realizadas nas favelas e nas creches, especialmente aquelas próximas às comunidades carentes, além de encaminhamento de outros serviços de saúde e de assistência (Figura 1)

À criança em hospital-dia é oferecido tratamento clínico, que consiste no diagnóstico e na terapêutica precoces dos processos infecciosos e/ou mórbidos e das carências nutricionais específicas. Os casos que necessitam de atendimento diferenciado são encaminhados para o hospital terciário de referência.

Após a internação em hospital-dia, ocorre complementação diagnóstica, através dos seguintes exames laboratoriais: protoparasitológico (três amostras), urina tipo I e urocultura, hemograma completo, perfil lipídico, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, ferro sérico, ferritina e transferrina, repetidos a cada seis meses.

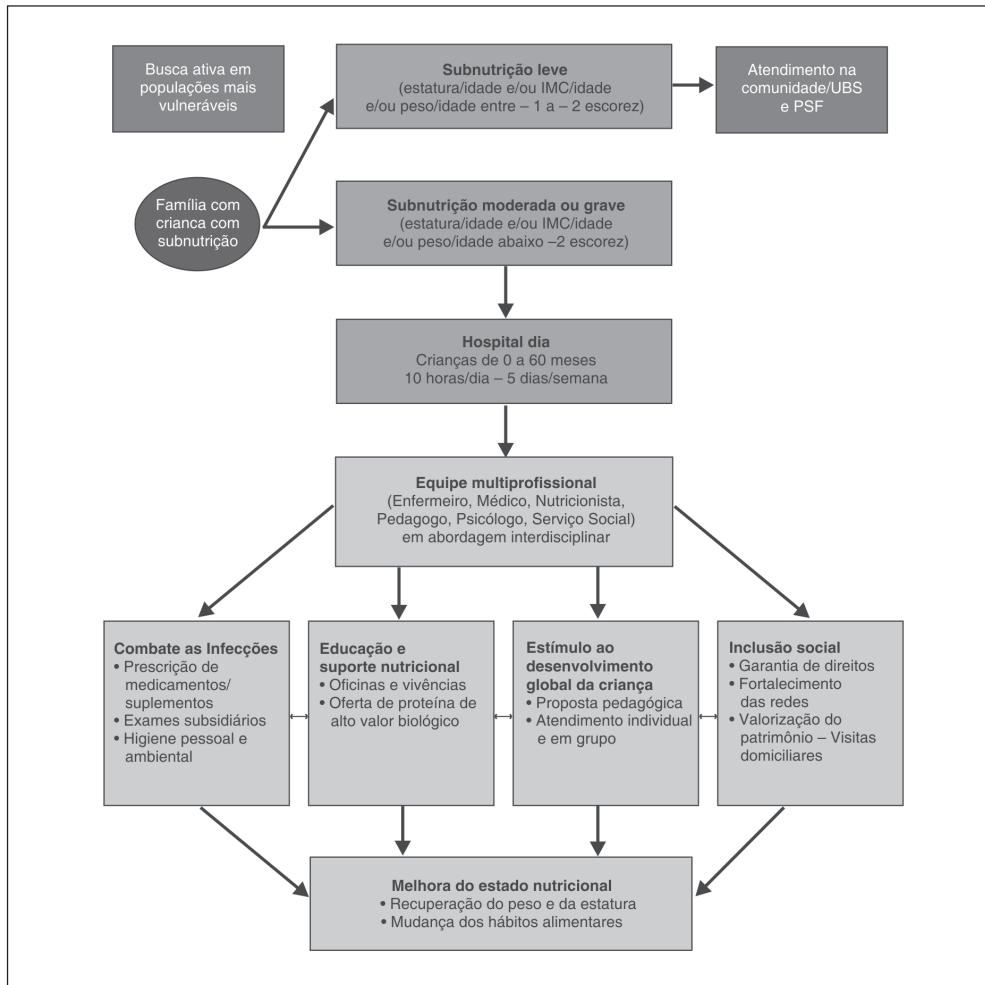


Figura 1 – Fluxo de encaminhamento/atendimento do hospital-dia.

Quando há um moderado comprometimento estatural, investiga-se também a idade óssea. Outros exames (RX de tórax, ultrassom abdominal, fundo de olho, hormônios e sorologias, entre outros) são solicitados conforme a necessidade do caso clínico.

O centro oferece ainda atividades psicopedagógicas para as crianças em hospital-dia.

A alta do hospital-dia ocorre por ocasião da recuperação da subnutrição, ou seja, de todos os parâmetros acima de -1,64 escores z (percentil 10) (Frisancho, 1993), ou por critério de idade, para as crianças maiores de 60 meses, devido à necessidade de inserção no ensino fundamental. Nesse momento a criança é encaminhada para outra instituição (creche ou pré-escola). Sempre que possível, é feito um período de adaptação da criança ao seu novo ambiente. Após a alta, a criança permanece em acompanhamento ambulatorial.

Abordagem dos processos infecciosos

Nas crianças do presente estudo, a anamnese era realizada diariamente logo que a criança chegava ao centro por profissional de enfermagem, quando eram coletadas informações sobre a presença de febre; sintomas respiratórios como tosse, coriza ou dispnéia; sintomas gastrointestinais como vômitos, diarreia e eliminação de parasitas. No decorrer do dia esse realizava o controle de sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca e respiratória), a observação da ingestão alimentar, da frequência ou consistência anormal das fezes, tosse, coriza ou vômitos independentemente do relato dos pais ou responsáveis na admissão.

O exame físico era realizado por único pediatra e o atendimento registrado em prontuário. Quando confirmada doença infecciosa ou parasitária, o medicamento era dispensado na própria unidade pela enfermagem que orientava o responsável pela criança para a administração em domicílio quando necessário.

O diagnóstico das Infecções de Vias Áreas Superiores (IVAS) era realizado da seguinte forma: *sinusites*, na presença de tosse persistente (predominantemente noturna), secreção nasal por mais de dez dias e cefaleia frontal, associado ou não a febre e dor em região de seios da face; *resfriado comum*, definido como infecção respiratória alta com congestão nasal, rinorreia e inflamação da garganta, de etiologia viral; *faringites*, definidas como inflamação das estruturas faríngeas com aparecimento de eritema, edema, exsudato faríngeo, úlcera e vesículas, na maioria das vezes de etiologia viral, geralmente associada a coriza e tosse. Na diferenciação da etiologia em bacteriana ou viral, dados clínicos como intensidade e tempo de existência da febre, presença ou não de exsudato e adenopatia cervical reacional com infarto ganglionar foram utilizados como critério clínico para a prescrição do antibiótico; e as *otites* foram identificadas pela presença de otalgia, com secreção em orelha média, otorreia, hiperemia de membrana timpânica com ou sem a presença de febre (Berezin, 2010). Tosse e desconforto respiratório com taquipneia associado a presença de ruídos adventícios na ausculta pulmonar como sibilância ou estertoração definiram as Infecções Respiratórias Inferiores (IVAI). Optou-se pelo uso de antibiótico para as IVAI de provável origem bacteriana, com febre de frequência e intensidade mais importante e confirmada ou não com achados radiológicos como consolidação, aerobroncograma, derrame pleural e pneumatoceles (Carvalho, 2010).

Episódios de *diarreia* foram definidos como três ou mais evacuações líquidas acompanhadas ou não de febre e vômitos em período de 24 horas (Koser et al., 2003). As *parasitoses* foram confirmadas por exame parasitológico da amostra de fezes pelo método de Hoffman, ou presumidas por relato materno de ocorrência de prurido anal intenso ou eliminação de parasitas nas fezes.

Antropometria

A avaliação da evolução da estatura foi realizada mensalmente e o peso, mensurado quinzenalmente, pela manhã, antes de ser servido o café da manhã, e foi utilizada a média aritmética das duas medidas para o cálculo de incremen-

to mensal. A curva de referência utilizada foi da OMS (2006) (WHO, 2005). A subnutrição foi definida como grave quando qualquer índice de avaliação antropométrica (P/I, E/I, peso para estatura: P/E ou índice de massa corporal para idade (Kg/m²: IMC/I) se encontrou < -3 escores z, moderada quando qualquer desses índices se encontrou entre -3 e -2 escore z, e leve para aqueles entre -2 e -1.

Intervenção

As crianças receberam suplementação de vitamina C, A, D, E e complexo B nas doses recomendadas segundo Dietary Reference Intake (DRI), conforme faixa etária (Food and Nutrition Board, 2005). As crianças de 6 a 24 meses receberam dose profilática de ferro, de 1 a 2 mg/kg/dia, conforme recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), micronutriente que era temporariamente suspenso na vigência de febre ou uso de antibióticos. A suplementação de zinco foi feita na forma de quelado em aminoácido metionina, nas doses recomendadas para as faixas etárias segundo as RDA (Recommended Dietary Allowance) (Cozzolini, 2007). No momento da admissão os pacientes acima de 12 meses receberam medicação para erradicação de helmintos e protozoários, independentemente de história clínica ou exames laboratoriais positivos.

As crianças receberam cinco refeições diárias com alimentos da dieta habitual das famílias atendidas e que poderiam ser adquiridos ou encontrados por essas nos locais que normalmente frequentam. A alimentação era servida em quantidade que permitia cobrir 100% da recomendação de ingestão proteica e 70% das necessidades energéticas em cardápio, variado com proteína de alto valor biológico (carnes, ovos e leite), além de alcançar oferta recomendada de fibras para a faixa etária segundo DRI (Food..., 2005). A família era orientada para oferecer mais duas refeições em domicílio.

As crianças participavam de oficinas de educação nutricional de acordo com a prontidão psicomotora e cognitiva com o objetivo de enfrentarem os problemas de alimentação. Seu conteúdo visava o conhecimento das variedades de frutas, legumes e verduras; o desenvolvimento neuropsicomotor; a melhoria da relação entre a criança e os alimentos; o desenvolvimento da palatibilidade e promoção do desenvolvimento de bons hábitos alimentares. Às famílias também eram oferecidas oficinas semanais de educação nutricional para o conhecimento de novos alimentos, estímulo para realizar novas formas de preparo e formação de bons hábitos alimentares (Seminário Internacional... 2008). Fóruns e oficinas de artesanato eram oferecidos como espaço para convivência e fortalecimento do vínculo com a instituição e para ampliação de suas redes sociais.

Para avaliação do nível socioeconômico e para o diagnóstico de vulnerabilidade utilizou-se questionário específico (Wanderley, 2006).

Análise estatística

Trata-se de um estudo clínico longitudinal prospectivo de 57 crianças de 3 a 55 meses de ambos os sexos com diagnóstico de subnutrição primária e que

foram submetidas ao tratamento em regime de hospital-dia em período não inferior a seis meses (2009-2012).

Foi realizada análise descritiva dos dados, utilizando média e mediana com desvio padrão para as variáveis contínuas e frequência para variáveis categóricas. Foi realizado teste de Kolmogorov-Smirnov para a verificação de normalidade da distribuição das variáveis contínuas. Utilizou-se teste *t* de Student para comparação de médias das variáveis de distribuição normal e o teste de Mann-Whitney, para variáveis de distribuição não normal (teste não paramétrico).

Foi realizada análise univariada entre o desfecho *incremento de estatura para idade e incremento de IMC para idade* e as variáveis socioeconômicas, ambientais e de saúde da criança para a pré-seleção de variáveis, utilizando-se como ponto de corte o valor de $p < 0,2$. Essa fase da análise foi utilizada para identificar as variáveis que deveriam ser utilizadas na análise de regressão logística. Na análise multivariada utilizou-se o Modelo de Regressão Linear Multivariado, no programa estatístico SPSS, selecionando as variáveis que se associaram ao desfecho incremento de estatura para idade com nível de significância estatística $< 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sob a inscrição nº 1810/11.

Resultados

O tempo médio de tratamento foi de 20,96 meses com mínimo de seis e máximo de 44 meses. O momento da introdução da alimentação complementar foi em média com 171,82 dias de vida, variando de 89 a 358 dias. Setenta e quatro por cento (42) das crianças não frequentavam creches ou centros de educação infantil no momento da admissão, e 14% (8) apresentavam irregularidade na situação vacinal, a maioria com falta de documento comprobatório (carteira de vacina ou resumo de alta hospitalar/maternidade). Vinte e uma crianças (36,7%) tinham histórico anterior de internação hospitalar em nível terciário. Na admissão, 19 (33,3%) crianças apresentavam valores em algum dos quatro índices antropométricos utilizados (E/I, IMC/I, P/I ou E/I) < -3 escores *z*. A estatura das mães foi ≤ 155 cm em 54,9% das vezes. Os domicílios das famílias em 45,3% das vezes se localizavam em favelas no entorno do CREN; 3,5%, em conjuntos habitacionais; e 2%, em loteamentos populares; o restante das famílias moravam em bairros. O tipo de material utilizado para a construção do domicílio foi de madeira ou misto em 17% das residências, sendo o restante de alvenaria com ou sem acabamento. O acesso à água encanada foi encontrado em 100% das famílias, mas o destino do esgoto para a rede geral foi encontrado em 82,4% dos domicílios. Situação de reclusão/conflito com a lei, presença de dependente químico e alcoolismo de algum membro da família foram encontradas em 19,3%, 26,3% e 21,1%, respectivamente, nas famílias estudadas. A renda familiar *per capita* variou de 40,00 a 750,00 reais (taxa de câmbio em 24.4.2013: US\$ 1 = R\$ 2,02) e 10,5% das famílias se encontravam abaixo da linha de pobreza.

Tabela 1 – Características maternas e dos pacientes na admissão

Características	Nº ou Média (N.57)	% ou DP (N.57)
Sexo masculino	31	54.4
Idade gestacional < 37 semanas	10	17.5
Peso ao nascer (gramas)	2577.28	573.77
Baixo peso ao nascer	21	36.8
Em aleitamento materno na admissão	29	50.9
Anemia (Hb < 11g/dl) ¹ na admissão	17	29.8
Idade na admissão (meses)	22.64	12.11
Hemoglobina na admissão (g/dl)	11.60	1.03
Número de consultas de pré-natal ²	6.8	2.25
Parto vaginal	35	61.4
Uso de tabaco na gestação	12	21.1
Estatura da mãe (cm) ³	154.14	6.68
Escolaridade materna:		
Não alfabetizada	6	11.5
Fundamental incompleto	25	48.9
Fundamental completo	1	1.9
Ensino médio	16	30.8
Renda familiar <i>per capita</i> (reais)	231.53	139.58
Número de filhos	2.25	1.52

¹Hb, hemoglobina; ²Número mínimo de consultas ao pré-natal recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil = 6 (Ministério da Saúde, 2005); ³Valor médio equivalente ao percentil 5 da referência NCHS (2000).

A maioria das crianças subnutridas era do sexo masculino (Tabela 1), e nasceram a termo (82,5%), mas com peso médio insuficiente; e mais do que um terço da amostra apresentou baixo peso ao nascer e anemia. As mães apresentaram um número de consultas de pré-natal adequado em média e a maioria teve parto vaginal. Um pouco menos de um quarto fumou durante a gestação. A média de estatura materna correspondeu ao percentil 5 de acordo com a referência NCHS (2000). Mais de 60% das mães não completaram o ensino fundamental ou eram analfabetas.

A baixa estatura foi o distúrbio nutricional de maior gravidade com a média de E/I de -2,70 escores z no ingresso ao hospital-dia. Da mesma forma, a média de incremento de estatura para idade foi também a mais elevada com 0,43 escores z em relação aos outros índices antropométricos, as formas mais graves de baixa estatura tiveram os maiores incrementos (Figura 2a). A média de IMC/I na admissão foi de -0,58 escores z, com incremento de 0,28 escores z (Figura 2b). A média do percentual de faltas ao tratamento foi de 22,4%, variando de 2,2% a 85,8%.

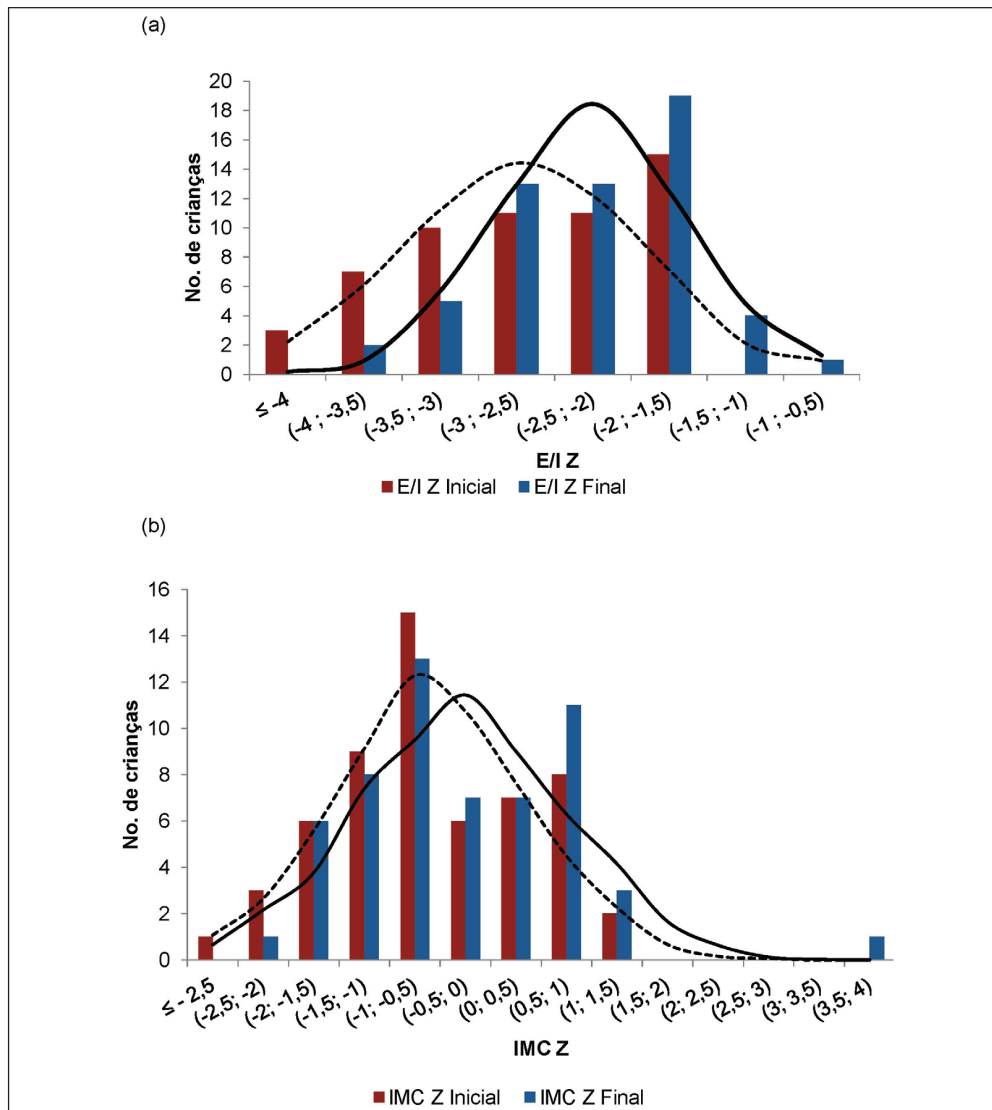


Figura 2 – Evolução do índice (a) estatura para idade (E/I) em escore z (b) e Índice de massa corporal para idade (IMC/I) em escore z: na admissão (–, ■) e ao final do estudo (–, ■) de 57 crianças em tratamento em hospital-dia (CREN).

As Infecções das Vias Aéreas Superiores (IVAS) foram as mais frequentes, de origem bacteriana ou viral, descritas de acordo com a intervenção terapêutica como com ou sem o uso de antibiótico (atb) respectivamente (Tabela 2). As infecções de trato respiratório alto de provável origem bacteriana foram significativamente mais frequentes nos pacientes com subnutrição na forma clínica grave. O mesmo ocorreu para as Infecções de Vias Aéreas Inferiores (IVAI) de origem viral que também se mostraram significativamente mais constantes nesse grupo, expressas por quadros de sibilância. A frequência de infecção de trato respiratório baixo com provável origem bacteriana em toda a amostra foi de 0,79 episódios/criança, não havendo diferença entre as formas clínicas de subnutrição. A média de doenças gastrointestinais, virais ou bacterianas, identificadas por episódios de diarreia e/ou vômitos acompanhados ou não de febre, foi de 2,28 por criança; já a média de episódios de parasitoses intestinais, presumidas ou constatadas laboratorialmente, foi de 0,68 por criança. Não houve diferença na prevalência de doenças gastrointestinais (bacterianas, virais ou parasitárias) entre as crianças com subnutrição grave e moderada (Tabela 2). Quando se dicotomizou a amostra em faixa etária, utilizando a mediana da idade na admissão, as crianças com menor idade na admissão tiveram maior número de episódios de infecção respiratória, de trato respiratório alto ou baixo, de etiologia viral ou bacteriana (Tabela 3).

Em 26 exames de protoparasitológico foram identificados algum tipo de parasita durante o período de tratamento, com positividade nos exames semestrais variando de 7% a 10,5% da amostra coletada. A *Giardia lamblia* foi o parasita mais frequente, em 57% dos exames positivos, enquanto *Enterobius vermiculares* foi encontrado em 15% dos PPF positivos.

Tabela 2 – Intercorrências clínicas e infecciosas de acordo com o estado nutricional na admissão

	Número de episódios/criança				Valor de p
	Subnutrição grave (19)		Subnutrição moderada (38)		
	Media	DP	Media	Media	
IVAS ¹ sem uso de atb ³	7.00	4.64	5.2	3.53	0.155
IVAS com uso de atb	4.42	4.07	2.3	2.53	0.035*
IVAI ² com uso de atb	0.84	0.89	0.7	1.05	0.500
Diarreia aguda	3.36	3.71	1.7	1.42	0.075
Parasitose intestinal	1.10	1.96	0.47	0.82	0.420
IVAI sem uso de atb (Broncoespasmo)	5.15	4.46	2.97	3.57	0.034*

*Significância $p < 0,05$ Mann-Whitney Test.

¹ IVAS, infecção de vias aéreas superiores; ² IVAI, infecção de vias aéreas inferiores; ³ atb, antibiótico.

Tabela 3 – Intercorrências clínicas e infecciosas de acordo com idade na admissão

	Número de episódios/criança				Valor de p
	≤ 19 meses (29)		> 19 meses (28)		
	Média	DP	Média	Média	
IVAS ¹ sem uso de atb ³	7.62	4.57	3.92	2.01	0.001*
IVAS com uso de atb	3.72	3.60	2.32	2.72	0.034*
IVAI ² com uso de atb	1.13	1.12	0.42	0.68	0.008*
Diarreia aguda	2.95	3.19	1.57	1.28	0.053
Parasitose intestinal	0.93	1.66	0.42	0.83	0.308
IVAI sem uso de atb (Broncoespasmo)	5.20	4.20	2.14	3.26	0.001*

*Significância $p < 0,05$ Mann-Whitney Test.

¹ IVAS, infecção de vias aéreas superiores; ² IVAI, infecção de vias aéreas inferiores; ³ atb, antibiótico.

Tabela 4 – Regressão linear múltipla com incremento de estatura como variável dependente

	Coefficiente de Person (R)	Valor de p	Coefficiente regressão estandarizada (β)	Valor de p	Intervalo de confiança 95%	
Constante				0.000	1.643	4.926
Estatura para idade na admissão	-0.581	0.000	-0.414	0.000	-0.399	-0.138
IMC/idade na admissão ¹	0.266	0.046				
Hemoglobina na admissão	-0.473	0.000	-0.381	0.002	-0.249	-0.059
Hematócrito na admissão	-0.329	0.013				
Idade na admissão	-0.387	0.003				
Tempo de tratamento	-0.384	0.003				
Média de faltas ao tratamento/ano	-0.135	0.158	-0.225	0.029	-0.259	-0.014
Episódios de parasitose intestinal	0.225	0.048				
Episódios de diarreia aguda	0.119	0.189				
Número de consultas no pré-natal	0.197	0.179				
Estatura materna	-0.323	0.021				
Escolaridade materna	-0.124	0.009				
Número de filhos	0.191	0.158				
Renda familiar <i>per capita</i>	-0.319	0.000	-0.319	0.003	-0.439	-0.092

¹IMC, índice de massa corpórea (kg/m^2).

Na análise de regressão linear múltipla com incremento da estatura como variável dependente, o índice de estatura para idade na admissão em escore z , o nível de hemoglobina em momento próximo da admissão, a renda familiar *per capita* e o percentual de faltas ao tratamento foram fatores preditivos ($p < 0,05$) com correlação inversa e significativa. Para todas as outras variáveis, os coeficientes β indicaram quase nenhuma influência sobre o incremento do índice estatura para idade (Tabela 4).

Discussão

O CREN, adaptado à realidade de uma grande metrópole como São Paulo, atende famílias pobres com alta taxa de vulnerabilidade social, baixa escolaridade, com problemas de drogadição e com prevalências de conflito com a lei que chegam a um quarto das famílias. E por isso, tem como meta de atendimento não apenas a recuperação nutricional, mas também a intervenção social. Os estudos existentes sobre a recuperação nutricional em CRN preferem normalmente utilizar como critério de alta o índice P/E, além de apresentarem tempo de tratamento inferior ao do nosso estudo. O CREN utiliza o índice E/I como padrão ideal de recuperação nutricional. A baixa estatura na infância é reconhecidamente um fator de risco para as doenças crônicas não comunicáveis na vida adulta, como diabetes, hipertensão arterial, dislipidemias e obesidade, acarretando prejuízos na qualidade de vida desses indivíduos e nos cofres da saúde pública. A importância de uma intervenção adequada, que não almeje exclusivamente a normalização do P/E, mas que resulte em incremento de E/I, implica tempo de tratamento maior, mas é garantia para saúde em longo prazo. Pacientes que receberam tratamento em hospital-dia no CREN, em seguimento médio de dois anos após alta por recuperação, apresentaram composição corporal com proporções adequadas de massa magra e massa gorda e manutenção de hábitos alimentares adequados (Das Neves et al., 2006), evidenciando os efeitos duradouros da intervenção.

Infecções respiratórias, diarreia e parasitose intestinal

A relação bidirecional entre infecção e subnutrição tem sido reconhecida há anos. Ingestão inadequada de proteínas, energia e micronutrientes aumenta a suscetibilidade e retarda a recuperação de processos infecciosos. Por sua vez, a infecção aumenta a demanda de nutrientes, ao mesmo tempo que diminui ingestão por redução do apetite. As consequências no estado nutricional desse ciclo vicioso ficam mais evidentes na infância, onde boa parte da demanda de substrato está endereçada ao processo de crescimento (Rodriguez et al., 2011).

As IVAS são responsáveis por 40% a 60% das consultas pediátricas no continente americano e constituem o principal motivo para o uso de antibiótico na criança. Inversamente proporcional à idade estima-se que crianças abaixo de cinco anos apresentem entre 4 e 14 episódios de IVAS/ano. As características anatómicas do trato respiratório superior, somadas às características imunológicas fazem esse grupo etário ser mais suscetível às infecções (Berezin, 2010). Nosso

grupo de estudo não apresentou prevalência maior do que a descrita na literatura, mesmo quando as IVAS foram agrupadas em etiologia viral e bacteriana.

Nas Américas, aproximadamente cem mil mortes por ano são causadas por infecções respiratórias em crianças menores de um ano, e o Brasil contribui com 40% dessas mortes (Rodriguez et al., 2011). Estudo nacional encontrou uma incidência 80% mais elevada de pneumonia em crianças que viviam em áreas com condições socioeconômicas desfavoráveis, indicando que o aumento da exposição a agentes virais e bacterianos em condições de superlotação e promiscuidade pode contribuir para o aumento do risco de infecções mais invasivas do trato respiratório (Thorn et al., 2011). Em nosso estudo, os pacientes que tinham maior comprometimento nutricional, em qualquer um dos índices antropométricos utilizados, apresentaram infecções de trato respiratório de maior gravidade e de características mais invasivas, traduzidos por uso de antibiótico e em maior frequência. O mesmo ocorreu para as crianças mais novas e 49,1% das crianças apresentaram pelo menos um episódio de pneumonia durante o estudo. Os episódios de broncoespasmos foram frequentes em nossa amostra e se associaram à idade e à gravidade da subnutrição. Quanto mais jovem e mais grave a baixa estatura, maior o número de episódios de broncoespasmo.

Estudos em crianças de zero a dois anos moradoras de favelas na Grande São Paulo apresentaram risco de ocorrência de diarreia 15 vezes maior quando comparado àquelas que vivem em condições adequadas de habitação e saneamento (Paz et al., 2012). Em favelas de Salvador encontrou-se prevalência de 2,8 episódios de diarreia por criança por ano, e associação positiva de risco para doença diarreica com o estado nutricional, mesmo para as formas leves de comprometimento de crescimento linear ($E/I < 1$ -escore z) onde crianças com baixa estatura eram quase três vezes mais propensas a ter mais de três episódios de diarreia por ano do que o grupo sem subnutrição (Melo et al., 2008). Nosso estudo apresentou prevalência semelhante, com média de 3,3 episódios de diarreia por criança nos casos graves de subnutrição, no entanto cabe ressaltar que os estudos existentes utilizam o relato de cuidadores, informação que depende diretamente do entendimento e da capacidade de reconhecimento da doença diarreica pelo cuidador (Melo et al., 2007). Em nosso estudo a maior parte dos dados foi coletada por observação direta das eliminações do paciente por profissional da saúde, o que aumenta a acurácia da informação. Outro dado é que em nossa amostra mais da metade das crianças estava em aleitamento materno. Os efeitos benéficos do aleitamento materno e seu fator protetor contra as infecções intestinais são vastamente documentados, principalmente em crianças abaixo dos 24 meses (Lamberti et al., 2011).

Os danos que os enteroparasitas podem causar a seus portadores incluem obstrução intestinal, subnutrição, anemia por deficiência de ferro, quadros de má absorção, diarreia e atraso no crescimento e desenvolvimento infantil (Matos et al., 2008). As manifestações clínicas são usualmente proporcionais à carga parasiti-

tária albergada pelo indivíduo. Entre os enteroparasitas a *Giardia lamblia* é o protozoário mais frequentemente encontrado, com sua prevalência estimada em 20% a 30% nos países em desenvolvimento, e 2% a 5% nos países desenvolvidos (Silva et al., 2009). No município de São Paulo ocorreu redução expressiva na prevalência das parasitoses em geral. Na década de 1980, 31% das crianças (< 5 anos) apresentavam uma ou mais espécies de parasitas intestinais, sendo o *Ascaris lumbricoides* o mais frequente, seguido pela *Giardia lamblia* e *Trichiurus trichiura*. Já na década de 1990 outro estudo com mesma metodologia encontrou 11% das crianças abaixo de 60 meses com algum tipo de parasita intestinal, sendo a *Giardia lamblia* o parasita mais encontrado (5,5%) (Ferreira et al., 2000). Em nossa amostra o parasita mais frequente foi a *Giardia lamblia*, mas não encontramos correlação significativa entre a presença de parasitose intestinal e o desfecho final da recuperação nutricional. A prescrição de vermífugos no momento da admissão e a sistemática lavagem das mãos com a presença dos responsáveis no momento inicial do tratamento diário como medida terapêutica e educativa pode ter reduzido a prevalência das parasitoses em nossa amostra e seu impacto no crescimento.

Sinteticamente, em nosso estudo a prevalência de doenças infecciosas e parasitárias não se mostrou superior aos dados encontrados na literatura, em nível nacional ou regional, e apesar de as infecções e parasitoses gastrointestinais terem relevância estatística marginais não afetaram de forma significativa o incremento da estatura das crianças. Cabe ressaltar ainda que um dos aspectos que diferenciam nossa amostra é que os pacientes estavam sob intervenção, com diagnóstico e medidas prescritivas precoces, em uso de suplemento de micronutrientes (zinco e vitamina A, entre outros) e sob suporte nutricional, minimizando os efeitos deletérios dos processos infecciosos e ao mesmo tempo promovendo recuperação nutricional.

Esses achados mostram a importância do tratamento em hospital-dia para minimizar o impacto das infecções no crescimento. A Figura 3 ilustra o ganho de peso de uma criança em tratamento no hospital-dia no CREN em comparação com uma criança da Guatemala em acompanhamento na comunidade. Pode-se observar que o tratamento no CREN permitiu uma aceleração no ganho de peso da criança de forma que esse atingisse o percentil 10 da curva de referência (NCHS, 1977), enquanto a criança guatemalteca afasta-se da curva de referência ao longo do tempo de acompanhamento devido ao impacto das infecções e alimentação inadequada.

Estado nutricional e anemia

As crianças que apresentaram os piores índices de E/I na admissão tiveram os maiores incrementos de E/I, semelhante aos resultados de Vieira et al. (2010) e Fernandes et al. (2011) indicando um fenômeno compensatório, de mecanismo ainda desconhecido. A idade na admissão se mostrou significativa em análise univariada, uma vez que quanto mais jovem a criança iniciava o tratamento, maior a chance de recuperação, porém essa significância desapareceu no modelo de regressão múltipla.

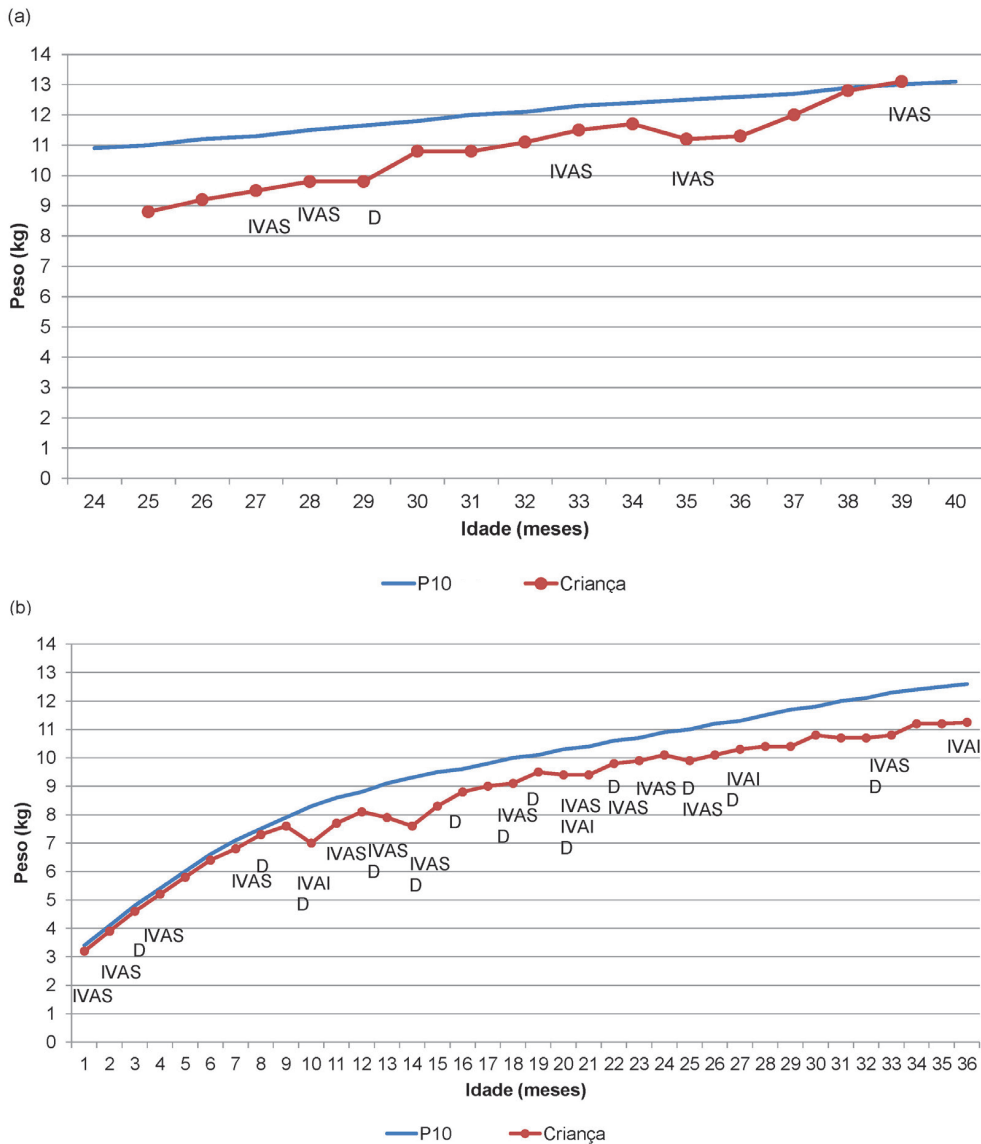


Figura 3 – Exemplos de relação temporal entre infecção e ganho de peso em crianças subnutridas (a) em tratamento no hospital-dia do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Sawaya, 2006) e (b) em comunidade na Guatemala (Mata, 1976 modificado). IVAS: infecção de vias aéreas superiores; IVAI: infecção de vias aéreas inferiores; D: diarreia.

Embora estudos demonstrem correlações positivas entre deficiência de ferro e atraso no crescimento, poucos estudos estão disponíveis na literatura sobre deficiência de ferro, velocidade de crescimento e os efeitos sobre o crescimento após recuperação da anemia, assim como após o tratamento com ferro. A evidência que a suplementação de ferro possa exercer impacto sobre o cresci-

mento ainda permanece contraditória (Rivera et al., 2003; Ramakrishnan et al., 2004). A anemia afeta 1,62 bilhão de pessoas no mundo, o que corresponde a 24,8% da população mundial. Porém, uma prevalência muito maior (47,4%) é encontrada em crianças de zero a cinco anos (WHO, 2008). No Brasil, estudos regionais com crianças em diferentes faixas etárias apontam prevalências que variam de 28,7% a 77,5%, (media = 53%), sendo as regiões de maior prevalência a Norte e a Centro-Oeste (Jordão et al., 2009). Em nosso estudo os baixos níveis de hemoglobina foram preditivos para um maior incremento na estatura final. Isso mostra que, de forma semelhante à criança com maior gravidade do ponto de vista antropométrico, aquela com presença de menor nível de hemoglobina também apresentou maior velocidade de recuperação nas condições de tratamento oferecidas pelo CREN.

Conclusões

O presente estudo mostrou que o paciente mais vulnerável nutricionalmente, com menores índices de estatura para idade e taxa de hemoglobina na admissão, assim como maior risco socioeconômico de acordo com a renda *per capita* apresentou maior incremento de E/I.

É digno de nota que um fator fortemente associado à recuperação de E/I foi a maior frequência ao tratamento. Nessas condições observou-se um impacto menor das infecções e parasitoses, fatores classicamente associados à subnutrição. Esses resultados mostram a importância do tratamento em hospital-dia para crianças com subnutrição moderada/grave para a saúde em longo prazo.

Nesse sentido, acreditamos ser de grande importância para a erradicação da baixa estatura no Brasil a criação de portaria para o atendimento à criança com subnutrição primária em hospital-dia em locais de elevada vulnerabilidade social.

Referências

- BEREZIN, E. M. Infecções de vias aéreas superiores. In: LOPEZ, F. A. *Tratado de Pediatria Sociedade Brasileira de Pediatria*. Barueri: Manole, 2010. p.1175-9.
- BLACK, R. E. et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, v.371, p.243-60, 2008.
- CARVALHO, C. M. C. N. Infecções de vias aéreas inferiores. In: LOPEZ, F. A. *Tratado de Pediatria Sociedade Brasileira de Pediatria*. Barueri: Manole, 2010. p.1169-74.
- COZZOLINO, S. M. F. Zinco. In: _____. *Biodisponibilidade de nutrientes*. Barueri: Manole, 2007. p.560.
- DAS NEVES, J. et al. Malnourished children treated in day-hospital or outpatient clinics exhibit linear catch-up and normal body composition. *J. Nutr.*, v.136, p.648-55, 2006.
- FARHAT, C. K.; FARIA, S. M. Repercussões infecciosas da desnutrição energético-proteica. In: NOBREGA, F. J. *Distúrbios da nutrição*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p.203-10.

- FERNANDES, M. B. F. et al. A 15- year study on the treatment of undernourished children at a nutrition rehabilitation centre (CREN), Brazil. *Public Health Nutrition*, n.3, p.1-9, 2011.
- FERREIRA, U. M. et al. Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev. Saúde Publ.*, v.34, p.73-82, 2000.
- FOOD AND NUTRITION BOARD. *Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids (Macronutrients)*. The National Academy Press, 2005.
- FRISANCHO, A. R. *Antropometric classification*. Anthropometric standarts for the assessment of growth and nutritional status. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1993. p.31-6.
- FRONGILLO JUNIOR, E. A. et al. Socioeconomic and demographic factors are associated with worldwide patterns of stunting and wasting of children. *J. Nutri.*, p.57-73, 1997.
- JORDÃO, R. E. et al. Prevalence of iron-deficiency anemia in Brazil: a systematic review. *Rev. Paul Pediatr.*, v.27, n.1, p.90-8, 2009.
- KOSEK, M. et al. The global burden of diarrhea disease, as estimated from studies published between 1992 and 2000. *Bull. World Health Organ.*, v.81, p.197-204, 2003.
- LAMBERTI et al. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*, v.11, n.3, p.S15, 2011.
- MARTORELL, R. et al. Poverty and stature in children. In: WATERLOW, J. C. (Ed.) *Linear growth retardation in less developed countries*. New York: Raven Press; 1998. p.57-73.
- MATA, L. J. et al. Breast-feeding, weaning and the diarrheal syndrome in a Guatemalan Indian village. Acute diarrhea in childhood. *Ciba Found Symp.*, v.42, p.311-38, 1976.
- MATOS. S. M. A. et al. *Giardia duodenalis* infection and anthropometric status in preschoolers in Salvador, Bahia, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.7, p.1527-35, 2008.
- MELO, M. C. N. et al. Incidence of diarrhea: poor parenteral recall ability. *Braz. J. Infect Dis.*, v.11, n.6, p.571-4, 2007.
- _____. Incidence of diarrhea in children living in urban slums in Salvador, Brazil. *Braz. J. Infect. Dis.*, v.12, n.1, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAUDE (BRASIL), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. Growth curves for children birth to 18 years: United States Department of health Education and Welfare, vital and Health Statistics. 1977 – Series 11 nb 165b.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTIC. Growth curves 2000. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/growthchards>>.
- PAZ, M. G. A. et al. Prevalência de diarreia em crianças e condições de saneamento e moradia em áreas periurbanas de Guarulhos, SP. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v.15, n.1, p.188-97, 2012.
- PESQUISA de ORÇAMENTO FAMILIARES 2008-2009. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. IBGE. Rio de Janeiro; 2010.

- RAMAKRISHNAN, U. et al. Multimicronutrient interventions but not Vitamin A or Iron intervention lone improves child growth: result of 3 meta-analyses. *J. Nutr.* v.134, p.2592-602, 2004.
- RIVERA, J. A. et al. The effect of micronutrient deficiencies on child growth: a review of results from community- based supplementation trials. *J. Nutr.*, v.133, p.4010-20, 2003.
- RODRIGUEZ, L. et al. Malnutrition and gastrointestinal and respiratory infections in children: a public health problem. *Int. J. Environ Res Public Health.*, v.8, n.4, p.1174-1205, April 2011.
- SAWAYA, A. L. *Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição*. São Paulo: Cortez, 1997. p.161-4.
- _____. Políticas públicas: pontos de método e experiências. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.20, n.56, p.131-47, 2006.
- SEMINÁRIO INTERNACIONAL. Caminhos da infância e da não violência. II. 2008. Brasília CALIA JD. Texturas e Sabores, o aprendizado nutricional para as crianças de 6 a 24 meses e suas famílias.
- SHIMELES, D.; LULSEGED, S. Clinical profile and pattern of infection in Ethiopian children with severe protein- energy malnutrition. *East. Af. Med. J.*, v.71, p.264-7, 1994.
- SILVA, R. R. et al. Association between nutritional status, environmental and socio-economic factors and *Giardia lamblia* infections among children aged 6-71 months in Brazil. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, v.103, p.512-9, 2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. Anemia ferropriva em lactentes: revisão com foco em prevenção. 2012
- TANEJA, G. et al. A study to evaluate the effect of nutritional intervention measures on admitted children in selected nutrition rehabilitation centers of Indore and Ujjain divisions of the state of Madhya Pradesh (India). *Indian J. Community Med.*, v. 37, n.2, p.107-15, 2012.
- THORN et al. Pneumonia and poverty: a prospective population-based study among children in Brazil. *BMC Infectious Diseases*, v.11, p.180, 2011.
- VIEIRA, M. F. A. et al. Height and weight gains in a nutrition rehabilitation day-care service. *Public Health Nutrition*, v.13, n.10, p.1505-10, 2010.
- WANDERLEY, M. B. Sistema de informação em gestão social. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.20, n.56, p.148, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Management of severe malnutrition: a manual for physicians and others senior health works. Geneva: WHO, 1999.
- _____. WHO Anthro 2005 software and macros. Geneva: Switzerland: World Health Organization, 2005.
- _____. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005.WHO global database on anaemia.2008
- WORLD HEALTH STATISTICS, World Health Organization. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf>.
- ZAMAN, K. et al. Malnutrition cell-mediated immune deficiency and acute upper respiratory infections in rural Bangladeshi children. *Acta Paediatr.*, v.86, p.923-7, 1997.

RESUMO – Avaliou-se o impacto de fatores socioeconômicos, maternos, frequência ao tratamento e frequência de infecções, parasitoses e anemia no incremento de estatura para idade (E/I) em crianças (< 5 anos) submetidas a tratamento em hospital-dia no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (n = 57). Doenças respiratórias superiores foram as mais frequentes com associação positiva com a gravidade da subnutrição (p = 0,035) e a idade na admissão (p = 0,001). Em análise de regressão múltipla a gravidade da subnutrição, o baixo nível de hemoglobina, menor renda familiar e frequência no serviço foram fatores preditivos (p < 0,05) para maior incremento de E/I. Os achados mostram a importância do tratamento em hospital-dia para o tratamento de crianças subnutridas.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção respiratória, Subnutrição, Crianças, Parasitoses, Diarreia.

ABSTRACT – We evaluated the impact of socioeconomic and maternal conditions, treatment frequency and frequency of infections, parasites and anemia in the increment of height for age (H/A) in children (< 5 years) undergoing treatment at day-hospital at a Center for Recovery and Nutritional Education (n = 57). Upper respiratory infections were the most frequent disease with positive association with the severity of undernutrition (p = 0.035) and age at admission (p = 0.001). In multiple regression analysis, the severity of undernutrition, low hemoglobin level, family income and the low frequency at the service were predictors of increment in stature (p < 0.05). The findings show the importance of treatment in day hospitals for undernourished children.

KEYWORDS: Respiratory infection, Undernutrition, Children, Parasitosis, Diarrhea.

Maria Paula de Albuquerque é médica pediatra formada pela Escola Paulista de Medicina da Unifesp, com área de atuação em Nutrologia Pediátrica pela Sociedade Brasileira de Pediatria SBP/Abran. Diretora-clínica do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) da Unifesp e aluna de doutorado dessa Universidade.

@ – jbporfirio@ig.com.br

Paula Andrea Martins é formada em Nutrição pela Faculdade de Saúde Pública da USP e doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. É professora adjunta do Departamento de Ciências do Movimento Humano do Instituto de Saúde e Sociedade da Unifesp e coordena o grupo de pesquisas em Epidemiologia Nutricional. @ – paula.andrea.martins@gmail.com

Renata Cristina Pires é formada em Nutrição pela Faculdade de Saúde Pública da USP, especialista em Fitoterapia pela Faculdade de Ciências da Saúde e aprimoramento em “Recuperação Nutricional: uma abordagem interdisciplinar” pela Unifesp. Nutricionista do Ambulatório do Centro de Recuperação e Educação Nutricional.

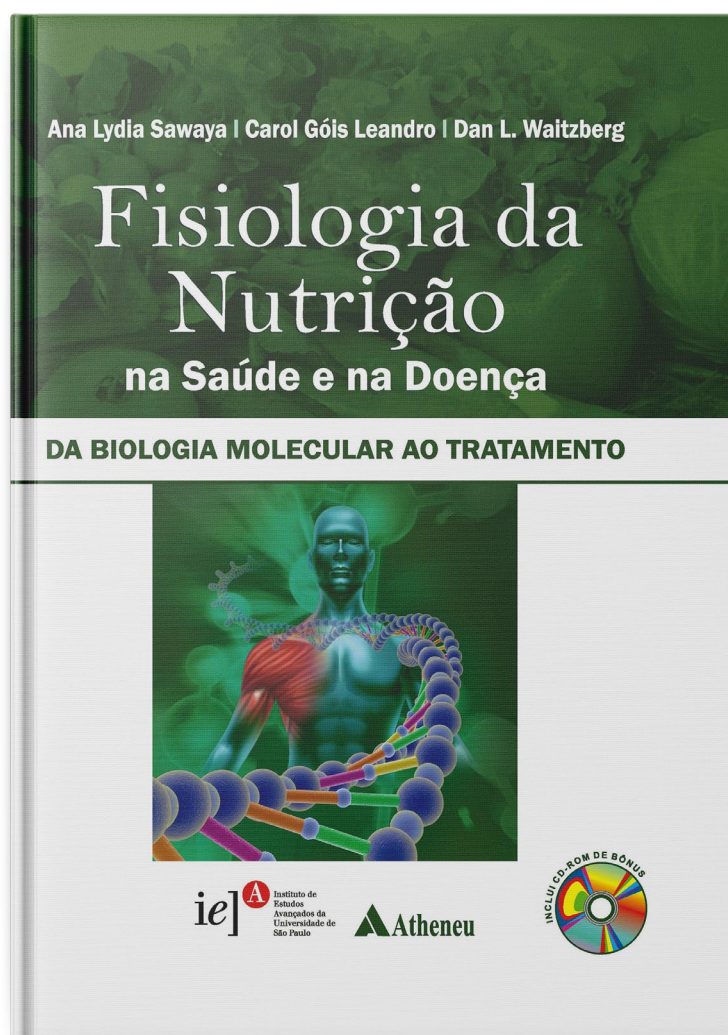
@ – renatacpires@hotmail.com

Ana Lydia Sawaya é professora associada do Departamento de Fisiologia, Disciplina de Fisiologia da Nutrição da Unifesp. Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Nutrição e Pobreza do Instituto de Estudos Avançados da USP. Diretora-científica do Centro de Recuperação e Educação Nutricional. @ – alsawaya@unifesp.br

Recebido em 23.5.2013 e aceito em 17.6.2013.

LANÇAMENTO DE LIVRO

Em 2013, foi lançado o livro “Fisiologia da Nutrição na Saúde e na Doença: da Biologia Molecular ao Tratamento”, durante o V Congresso Brasileiro de Nutrição Integrada (CBNI) e Ganepão. Organizado pelo Grupo Nutrição e Pobreza, editado por Ana Lydia Sawaya, em parceria com Carol Góis Leandro e Dan L. Waitzberg, a obra conta com a colaboração de 85 autores. São ao todo 36 capítulos divididos em três partes: Mecanismos Fisiológicos do Comportamento Alimentar; Fisiopatologia dos Distúrbios Nutricionais; e Interface da Fisiologia da Nutrição e a Prática Clínica. O livro saiu com o selo da Editora Atheneu.



Capa do livro “Fisiologia da Nutrição na Saúde e na Doença: da biologia molecular ao tratamento”, publicado pela editora Atheneu em 2013

5 ESTRATÉGIAS PARA A DEFESA DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAÚDEVEL: PANDEMIA E DEMOCRACIA EM RISCO

Em 2014, houve a publicação da segunda edição do “Guia alimentar para a população brasileira” (GAPB), fruto de processo amplo de discussão, coordenado pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da USP.

Com participação do GPNP, o texto trouxe importante avanço para a compreensão de que a alimentação deve estar referenciada pela cultura alimentar, pela produção sustentável, e que “é mais do que a ingestão de nutrientes”.

O seminário “O Novo Guia Alimentar do Ministério da Saúde” teve como objetivo apresentar o documento e contribuir para a reflexão daqueles que pretendiam participar da consulta pública que se seguiu, e que resultou em mais de 3,6 mil contribuições. A construção do GAPB, o processo de consulta pública e a repercussão internacional positiva sobre o documento fortalecem seu principal objetivo: trazer diretrizes alimentares fundamentadas em ciência em um formato destinado a todas as pessoas.



Carlos Monteiro, Denise Coitinho, Ana Lydia Sawaya, Victor Wunsch Filho e Semíramis M. A. Domene durante o seminário “O Novo Guia Alimentar do Ministério da Saúde” | Foto: Adilson M.Godoy/FSP-USP

Para assistir ao seminário, o registro em vídeo está disponível em:

O Novo Guia Alimentar do Ministério da Saúde

Vídeo: [Íntegra](#)

O III “Seminário Integração Serviço-Pesquisa”, realizado pela terceira vez na Unifesp, campus Baixada Santista, tratou de trabalhar os temas relativos aos determinantes do consumo alimentar, com destaque para o vício alimentar. Essa abordagem orientaria, como veremos à frente, importantes projetos de pesquisa no que se refere ao tratamento do excesso de peso e da obesidade. Essa série de seminários foi construída em parceria com a equipe do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren), e se constitui em importante instrumento para a definição de perguntas de pesquisa que foram respondidas por dissertações e teses, além de gerar novas fronteiras para o diálogo com a sociedade e a gestão pública.

O registro em vídeo do seminário está disponível em:

III Seminário Integração Serviço-Pesquisa

Vídeo: [Íntegra](#)

A partir de 2015, os seminários incorporaram a temática das Políticas Públicas ao nome e passaram a se chamar “Integração Serviço, Pesquisa e Política Pública”, para tratar do tema relacionamento público privado. O objetivo do seminário naquele ano foi promover diálogos e identificar iniciativas conjuntas entre as universidades, o Estado e a sociedade, com vistas à implementação de políticas consistentes



Anna Peliano no “IV Seminário Integração Serviço-Pesquisa: o Caso CREN-UNIFESP/ I Seminário Integração Políticas Públicas-Pesquisa” | Foto: Sandra Sedini/IEA-USP



Andrea Filgueiras e Michele Lessa durante o “IV Seminário Integração Serviço-Pesquisa: o Caso CREN-UNIFESP/ I Seminário Integração Políticas Públicas-Pesquisa” | Foto: Sandra Sedini/IEA-USP

de combate à pobreza, suas consequências sobre a (des)nutrição e a discussão da aliança entre o público e o privado nessas ações. A temática do conflito de interesses e as condições para assegurar parcerias possíveis foram abordadas por pesquisadores, gestores públicos e integrantes de empresas.



Ana Lydia Sawaya, Diana Gonçalves Vidal e Sandra Sawaya no seminário Políticas de Alimentação Saudável: as Propostas e suas Implicações no Cotidiano da Escola | Foto: Sandra Sedini/IEA-USP

O registro em vídeo do IV Seminário, realizado em maio de 2015, está disponível em:

**IV Seminário Integração Serviço-Pesquisa / I Seminário
Integração Políticas Públicas-Pesquisa**
Vídeo: [Íntegra](#)

O V “Seminário Integração Serviço, Pesquisa e Política Pública”, tratou do tema: “Políticas de Alimentação Saudável: as Propostas e suas Implicações no Cotidiano da Escola”, e ocorreu em outubro de 2015.

O objetivo desse seminário foi discutir o crescimento da obesidade e do sobrepeso entre os escolares e as implicações do “Guia alimentar para a população brasileira para o Programa Nacional de Alimentação Escolar”. Esse foi o quinto encontro da série sobre integração serviço-pesquisa por meio do estudo do caso CREN-Unifesp-IEA.

O registro em vídeo do seminário está disponível em:

**Políticas de Alimentação Saudável e suas
Implicações no Cotidiano da Escola**
Vídeo: [Íntegra](#)

O VI Seminário Integração Serviço-Pesquisa-Política Pública teve como tema “Educação Nutricional em Debate”.

Para entender a fronteira do conhecimento sobre Educação Alimentar e Nutricional a partir do Marco de Referência para EAN, foram relatados e discutidos as experiências do projeto “Ideias na Mesa”, do Centro de Recuperação e Educação Nutricional, e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Santos. Esse seminário reuniu pesquisadores, gestores e trabalhadores do setor saúde, além de estudantes de gradu-

ação e pós-graduação. O encontro aconteceu em maio de 2016 no campus Baixada Santista.

Os registros em vídeo do seminário estão disponíveis em:

Educação Nutricional em Debate

Vídeo: [Parte 1](#) [Parte 2](#)



Semíramis M A Domene, Odair Aguiar Jr, Ana Lydia Sawaya e Gisela Solymos no evento “Educação Nutricional em Debate” | Foto: Sandra Sedini/IEA-USP



Mariangela BelfioreWanderley, Ana Lydia Sawaya e Sandra Sawaya durante o encontro “A Produção da Violência, Família e Educação” | Foto: Leonor de Calasans/IEA-USP



Semíramis M. A. Domene no evento “Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional: Fortalecendo Redes e Discutindo Indicadores” | Imagem: Captura do vídeo

O registro em vídeo do VII Seminário, realizado em outubro de 2016, está disponível em:

A Produção da Violência, Família e Educação

Vídeo: [Íntegra](#)

“VIII Seminário Integração Serviço-Pesquisa-Política Pública” teve como tema: “Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional - Fortalecendo Redes e Discutindo Indicadores”. Nele foi apresentado um panorama sobre as redes articuladas em torno do tema e uma mostra de experiências em soberania e segurança alimentar e nutricional.

O registro em vídeo do VIII Seminário, que ocorreu em junho de 2017, está disponível em:

Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional

Vídeo: [Parte 1](#) [Parte 2](#)

“A Família e o Direito Humano à Alimentação Adequada”. Esse foi o tema do “IX Seminário Integração Serviço-Pesquisa-Política Pública”. As famílias têm um papel crucial no desenvolvimento social. Por isso, a ONU reconhece que políticas públicas voltadas à família têm o potencial de acelerar o atingimento de várias das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente aquelas relacionadas ao desenvolvimento social e bem-estar de todas as pessoas – em concreto, os ODS 1 a 5.

Nesse evento, o Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza do IEA buscou discutir

o papel das famílias no contexto brasileiro, dando particular atenção à contribuição que elas podem trazer para que sejam atingidas algumas das metas da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável.

Para assistir ao IX Seminário, ocorrido em setembro de 2018, basta acessar:

A Família e o Direito Humano à Alimentação Adequada

Vídeo: [Íntegra](#)

A promulgação da Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional em 2006 e a inclusão do acesso à alimentação no rol de direitos sociais fundamentais da Constituição Brasileira no ano de 2010 foram conquistas possíveis com o fortalecimento de conselhos e demais mecanismos de controle social.

O “X Seminário Integração Serviço-Pesquisa-Política Pública: A Participação Social nas Políticas Públicas de Segurança Alimentar”, realizado pela Unifesp e pelo IEA em setembro de 2019 (ano em que houve extinção do Consea Nacional por decreto presidencial), teve o objetivo de promover o debate sobre os mecanismos de participação da sociedade para acompanhamento e formulação de políticas públicas de alimentação e nutrição, a partir do relato de integrantes de Conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional.

O registro em vídeo do X Seminário está disponível em:

A Participação Social nas Políticas Públicas de Segurança Alimentar

Vídeo: [Íntegra](#)



Ana Lydia Sawaya e Semíramis M. A. Domene durante o evento “A Participação Social nas Políticas Públicas de Segurança Alimentar” | Imagem: Captura do vídeo



Elisabetta Recine fala no evento “A Participação Social nas Políticas Públicas de Segurança Alimentar”
Imagem: Sandra Sedini/IEA-USP

O fortalecimento da agricultura urbana, objeto de estudo do grupo de mesmo nome sediado no IEA, foi tema de interesse do “XI Seminário Integração Serviço-Pesquisa-Política Pública: Agricultura Urbana e Segurança Alimentar e Nutricional — O Alimento Orgânico na Alimentação Escolar”.


Ao promover discussões sobre agricultura urbana e segurança alimentar, os participantes desse seminário refletiram sobre as maneiras de responder a dois desafios: como a agricultura urbana pode fomentar a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN); e como garantir a compra de alimentos orgânicos na alimentação escolar. Esse seminário foi produzido colaborativamente pelo GPNP e pelo Grupo Agricultura Urbana, e marcou a aproximação de seus pesquisadores.



Thais Mauad e Anna Peliano no evento “Agricultura Urbana e Segurança Alimentar e Nutricional - O Alimento Orgânico na Alimentação Escolar” | Foto: Leonor de Calasans/IEA-USP

A fala dos pesquisadores, produtores agrícolas, representantes de instituições da sociedade civil e de órgãos governamentais sobre a produção urbana de alimentos, trazida neste evento, está sintetizada no artigo “Alimentação Saudável, Agricultura Urbana e Familiar”, de autoria de Semíramis Martins Álvares Domene, Ana Lydia Sawaya, Thais Mauad, Maria Paula Albuquerque, Maria do Carmo Pinho Franco, Mariangela Belfiore Wanderley, Cristiane Matos Pereira, Marcella Kazze, Anna Maria Medeiros Peliano, e no prelo da revista Estudos Avançados.

O registro em vídeo do XI Seminário, que ocorreu em novembro de 2019, está disponível em:


Agricultura Urbana e Segurança Alimentar e Nutricional - O Alimento Orgânico na Alimentação Escolar
Vídeo: Íntegra

Em 2020, o mundo experimentou a mais grave crise sanitária da história contemporânea: a partir de março, houve interrupção das atividades presenciais como

medida protetiva ao avanço da Covid-19.

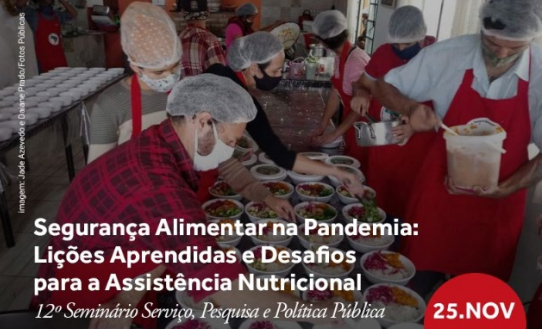
Por esse motivo, a temática do “XII Seminário Integração Serviço-Pesquisa-Política Pública”, ocorrido em novembro do mesmo ano, foi “Segurança Alimentar na Pandemia: Lições Aprendidas e Desafios para a Assistência Nutricional”. O seminário debateu os impactos da pandemia na alimentação da população e as experiências recentes de organizações, governamentais e não governamentais, no campo da assistência alimentar.

Para assistir às discussões, basta acessar o vídeo disponível em:

Segurança Alimentar na Pandemia: Lições Aprendidas e Desafios para a Assistência Nutricional
 Vídeo:  **Integra**

Com o empobrecimento da população e a fragilização da democracia que experimentamos no Brasil a partir de partir de 2016, o país entrou em 2020 com 19% dos brasileiros com fome, e a insegurança alimentar presente em 55,2% dos domicílios no Brasil.

Em setembro de 2021, o XIII Seminário Integração Serviço-Pesquisa-Política Pública tratou do tema “O Aumento da Fome Frente à Fragilidade da Democracia: Perspectivas para o Fortalecimento da Participação Social”. Nesse seminário se discutiu como a desigualdade pode afetar a democracia, os mecanismos e as ações possíveis para a preservação/recuperação das instituições e instâncias democráticas, na perspectiva de fortalecer, em especial, o papel dos conselhos municipais e estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN).



Segurança Alimentar na Pandemia: Lições Aprendidas e Desafios para a Assistência Nutricional
 12º Seminário Serviço, Pesquisa e Política Pública

25.NOV
16h


Evento online em www.iea.usp.br/aovivo

EXPOSIÇÃO
 Liliana Chopitea (Chefe de Política Social do UNICEF)
 Cristina Albuquerque (Chefe de Saúde e HIV/AIDS do UNICEF)
 Darklane Rodrigues Dias (Subsecretária de Segurança Alimentar e Nutricional de Belo Horizonte)
 Maria Paula Albuquerque (Diretora do Centro de Recuperação e Educação Nutricional – CREN)

MODERAÇÃO
 Anna Maria Peliano (Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza do IEA USP)

Este seminário irá debater os impactos da pandemia na alimentação da população e as experiências recentes de organizações, governamentais e não governamentais, no campo da assistência alimentar.

ORGANIZAÇÃO
 Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza



Saiba mais em: e.usp.br/gpl



O Aumento da Fome Frente à Fragilidade da Democracia: Perspectivas para o Fortalecimento da Participação Social
 XIII Seminário Pesquisa, Serviço e Política Pública

16.SET
17h

Evento online em www.iea.usp.br/aovivo

ABERTURA
 Ana Lydia Sawaya (Unifesp e IEA-USP)
 Antônio Mauro Saraiva (Coordenador do Grupo Saúde Planetária (IEA-USP))

EXPOSIÇÕES
O cenário da insegurança alimentar no Brasil
 Ana Maria Segall Corbã (PG FioCruz e Rede PENSSAN)
Debatadora Luciliana Tomita (UNIFESP)
O agravamento da fome no contexto do esgarçamento social e dos rumos da gestão pública
 Ladislau Dowbor (PUC-SP)
Debatadora Mariângela Belfiore Wanderley (PUC-SP e IEA-USP)
A importância da representatividade da sociedade civil para o controle social das políticas de Segurança Alimentar e Nutricional
 Elisabetta Rachine (UnB e Rede PenSSAN)
Debatadora Maria Paula de Albuquerque (CREN e IEA-USP)

MODERADORA
 Semíramis Martins Álvares Domene (Vice-Coordenadora do Grupo Nutrição e Pobreza, UNIFESP e IEA-USP)

Atualmente, 19% dos brasileiros passam fome, e a insegurança alimentar atinge 55,2% dos domicílios no Brasil, de acordo com o Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil, publicado pela Rede PenSSAN. Este seminário discutirá como a desigualdade pode afetar a democracia. Serão debatidos mecanismos e ações para a preservação/recuperação das instituições e instâncias democráticas, na perspectiva de fortalecer, em especial, o papel dos conselhos municipais e estaduais de SAN - Segurança Alimentar e Nutricional.

ORGANIZAÇÃO
 - Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza
 - Grupo de Estudos em Saúde Planetária



Saiba mais em: e.usp.br/igf

O registro em vídeo do XIII Seminário está disponível em:

O Aumento da Fome Frente à Fragilidade da Democracia Vídeo: Íntegra

Com o objetivo de discutir propostas voltadas à educação dentro dos desafios do contexto brasileiro, o evento “Projeto Cren ‘Cultivando Horizontes’: Educação em Contextos Brasileiros Particularmente Desafiadores” resgatou a história que deu origem ao Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren), apresentando sua metodologia. O Cren é um centro de referência internacional na área de educação nutricional e no tratamento de distúrbios nutricionais primários (subnutrição e obesidade).

Ocorrido em abril de 2022, o encontro foi registrado em vídeo, disponível em:

Projeto Cren “Cultivando Horizontes”: Educação em Contextos Brasileiros Particularmente Desafiadores Vídeo: Íntegra

O ano 2021 foi de grandes desafios, e marcou de tristeza a rotina do GPNP, com o falecimento de Anna Peliano. Para homenagear essa grande socióloga e então coordenadora do Grupo, o encontro “Um Ano sem Anna Peliano – Memórias para Sempre” promoveu o lançamento em São Paulo do livro “Anna Peliano, uma Batalha Incansável contra a Fome, a Pobreza e a Desigualdade Social”, editado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e organizado por Fernando Rezende (ex-presidente do Ipea).



Projeto CREN “Cultivando Horizontes”: Educação em Contextos Brasileiros Particularmente Desafiadores

20.ABR
14h

Evento online em www.iea.usp.br/aovivo

EXPOSITOAS

Ana Lydía Sawaya (Unifesp e IEA/USP)
Mária Paula de Albuquerque (CREN e IEA/USP)

DEBATEDORES

Márcio Luiz Fernandes (PUC/PR)
Raquel Martins de Assis (UFMG)

MODERADORA

Marina Massimi (IEA/USP)

Com o objetivo de discutir propostas voltadas à educação dentro dos desafios do contexto brasileiro, este evento irá resgatar a história que deu origem ao Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN), apresentando sua metodologia. O CREN é um centro de referência internacional na área de educação nutricional e no tratamento de distúrbios nutricionais primários (subnutrição e obesidade). Em 28 anos de história, promoveu diversas ações no Brasil e no exterior, mostrando como é possível oferecer uma proposta de cuidado alimentar e de saúde que considere a pessoa e os seus recursos, especialmente em territórios periféricos onde geralmente há maior valorização das ausências que das potências que emergem na comunidade.

ORGANIZAÇÃO

- Grupo de Pesquisa Tempo, Memória e Pertencimento - IEA/USP
- Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza - IEA/USP



Saiba mais em: e.usp.br/k1p



Um Ano sem Anna Peliano Memórias para Sempre

14.JUN
15h

Evento online em www.iea.usp.br/aovivo

ABERTURA

Guilherme Ary Plonski (IEA/USP)

EXPOSITORES

Fernando Rezende (IPEA)
Elisabeta Rezende (UnB)
Katia Maia (Oxfam Brasil)
Nathalie Beghin (INESC)

MODERAÇÃO

Semiramis Martins Álvares Domene (IEA/USP, UNIFESP)

Um diálogo sobre algumas considerações da socióloga Anna Peliano, pesquisadora que foi protagonista por mais de 50 anos nos debates contra a fome no Brasil. Na ocasião, haverá o lançamento do livro “Anna Peliano, uma Batalha Incansável contra a Fome, a Pobreza e a Desigualdade Social”, organizado pelo Vítulo da socióloga, Fernando Rezende, ex-diretor do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), que editou a publicação.

ORGANIZAÇÃO

Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza - IEA/USP



Saiba mais em: e.usp.br/kg7

Anna Peliano deixou um vasto legado de conquistas e contribuições para a agenda nacional das políticas de combate à fome. Protagonista por mais de 50 anos dos debates em torno do tema, Anna Peliano marcou a trajetória profissional de grandes pesquisadores e lideranças contemporâneas.

As memórias que temos de Anna Peliano estão sumarizadas em uma coletânea de frases e depoimentos, comentados por pesquisadoras e parceiras que com ela compartilharam grande parte de suas carreiras.

O registro desse encontro, está disponível em:

Um Ano sem Anna Peliano - Memórias para Sempre
Vídeo:  Íntegra

A produção científica resultante desses encontros está registrada nos artigos que são apresentados a seguir.

Conflitos de interesses nas estratégias da indústria alimentícia para aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e os efeitos sobre a saúde da população brasileira

Conflicts of interest of the strategy of food industry to increase the consumption of ultra-processed foods and the health effects of the Brazilian population

Simone Caivano¹
Renata Fagundes Lopes²
Ana Lydia Sawaya^{3,4}
Semíramis Martins Álvares Domene^{4,5}
Paula Andrea Martins⁶

¹ Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Santos-SP, Brasil.

² Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Ciências do Movimento Humano, Programa de Pós-graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde. Santos-SP, Brasil.

³ Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Fisiologia, Fisiologia da Nutrição. Santos-SP, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Instituto de Estudos Avançados, Grupo de Estudos e Pesquisa Nutrição e Pobreza. São Paulo-SP, Brasil.

⁵ Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva. Santos-SP, Brasil.

⁶ Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Ciências do Movimento Humano. Santos-SP, Brasil.

Correspondência / Correspondence
Simone Caivano
E-mail: simone.caivano@hotmail.com

Resumo

As doenças crônicas não transmissíveis, em 2010, foram responsáveis por mais de 18 milhões de mortes no mundo; em 2014, a prevalência do excesso de peso representou 2,1 bilhões. No Brasil, o excesso de peso afeta 51% da população. Existem muitas evidências de que os alimentos ultraprocessados (biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, refrigerantes e *fast food*) colaboram para essa epidemia por apresentarem combinações de ingredientes que os tornam altamente palatáveis (açúcar, sal, gordura e aditivos químicos) e que prejudicam os mecanismos de controle do apetite. Os principais fatores que contribuíram para o aumento no consumo desses alimentos foram o fortalecimento da economia, elevação do poder de compra, campanhas de *marketing*, bem como comodidade, conveniência e seu menor custo. A indústria de alimentos tem utilizado estratégias de formação de opinião, como a exposição no espaço midiático com campanhas maciças para a promoção desses produtos e ações com foco em profissionais da saúde por meio do patrocínio de eventos científicos e de organizações não governamentais. Os conflitos de interesse na produção científica são crescentes e a análise de estudos financiados pela indústria tem mostrado que os desfechos são muito frequentemente favoráveis ao patrocinador do estudo. Este ensaio tem o objetivo de discutir a influência da indústria alimentícia no aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e o efeito sobre a saúde da população brasileira. Pretende-se contribuir para o processo de transformação de práticas e princípios, bem como para uma ampliação dessa

discussão com transparência e equidade, a fim de manter o interesse da população brasileira em primeiro lugar.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Obesidade. Consumo de Alimentos. Alimentação Saudável.

Abstract

Noncommunicable chronic diseases in 2010, accounted for over 18 million deaths worldwide; in 2014, the prevalence of overweight represented 2.1 billion. In Brazil, overweight affects 51% of the population. Ultra-processed foods as sandwich cookies, pack snacks, soft drinks and fast food, collaborate to this epidemic by presenting combinations of ingredients that make them highly palatable (sugar, salt, fat and chemical additives) and damage mechanisms of control of appetite. The main factors that contributed to the increase in the consumption of these foods were the strengthening of the economy, the increase in purchasing power, marketing campaigns, as well as the comfort, convenience and its lower cost. The food industry has used opinion formation strategies, such as exposure in the media with massive campaigns to promote these products and initiatives focused on health professionals through sponsorship of scientific events and non-governmental organizations. Conflicts of interest in scientific production are increasing and analysis of studies funded by industry has shown that the outcomes are favorable to the study sponsor. This trial aimed to discuss the influence of the food industry in the increased consumption of ultra-processed food and the effects on health of the Brazilian population. Thus, there may be a contribution to the process in the transformation of practices and principles, as well as an extension of this discussion with transparent and fair discussion, keeping the interest of the Brazilian population first.

Keywords: Public Policies. Obesity. Food Consumption. Healthy Eating.

Introdução

As sociedades contemporâneas vêm enfrentando um quadro epidemiológico caracterizado por altas prevalências de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Em 2010, doenças como hipertensão, obesidade, diabetes e dislipidemias foram responsáveis por mais de 18 milhões de mortes no mundo.¹ A incidência de obesidade correspondeu a 3,4 milhões de indivíduos em 2010, aumentando para 2,1 bilhões em 2014, em adultos.² Em crianças e adolescentes, nos países em desenvolvimento, ocorreu um expressivo crescimento da prevalência de excesso de peso nesse período (de 8,1 a 13,4%); em países desenvolvidos esta prevalência aumentou de 22,6 a 23,8%.³

No Brasil, em 2007, as DCNTs foram responsáveis por 72% das mortes;⁴ a prevalência para o excesso de peso em adultos foi de 50,1%, e para obesidade, 12,4%; em crianças, 33,5% e 14,3%; e em adolescentes, 20,5% e 4,9%, respectivamente.⁵ Em 2008, a prevalência de DCNT foi de 31,3%, incluindo todas as faixas etárias, sendo a hipertensão responsável por 13,97%, acometendo 57,15% de adultos entre 70 e 79 anos; doenças do coração, 3,97% e diabetes, 3,59%, com uma prevalência maior a partir de 50 anos (cerca de 8% a 25%), e câncer, 0,56%.⁶ O sistema público brasileiro investiu cerca de US\$ 270 milhões em 2011 com o cuidado da obesidade e suas comorbidades.⁷ Tabagismo, excesso de bebida alcoólica, inatividade física e hábitos alimentares inadequados são os principais fatores de risco para o desenvolvimento das DCNTs.⁸

Existem muitas evidências de que o consumo de produtos alimentares ultraprocessados tem impacto no aumento da prevalência das DCNTs.⁹⁻¹¹ Alimentos como biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, refrigerantes e *fast food*, que são classificados como ultraprocessados,¹¹ fazem parte dos padrões alimentares relacionados a essa epidemia^{1,12} tendo em vista os principais ingredientes utilizados para sua produção (açúcar, sal, gordura e aditivos químicos). Estes componentes são de baixo custo, o que favorece sua produção, mas acarretam alterações nos mecanismos de controle do apetite, além de serem empregados em produtos altamente palatáveis,¹³ que, em sua maioria, apresentam baixa qualidade nutricional. Relatório recente da Organização Mundial da Saúde (2015) alerta que muitas vezes esses produtos alimentares são apresentados à população como saudáveis.¹² Dessa forma, este ensaio teve o objetivo de discutir a influência da indústria alimentícia no aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e o efeito sobre a saúde da população brasileira.

O papel de políticas econômicas e estratégias de comercialização sobre o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados

Uma razão importante para o aumento na aquisição, distribuição e abastecimento desses produtos são as políticas econômicas que favorecem o fluxo do capital internacional, a entrada transnacional em mercados internos e a desregulamentação do mercado desde 1980. Há uma correlação positiva entre a desregulamentação do mercado e o aumento na venda de produtos

ultraprocessados ($R^2 = 0,48$; $p < 0,001$).¹² No Reino Unido, Canadá e Estados Unidos, a aquisição de alimentos ultraprocessados nas últimas duas décadas foi responsável por 60% do total de energia consumida; no Brasil, este consumo está em 28%.¹³ As vendas dessa categoria de alimentos aumentaram 43,7% de 2000 para 2013, ocupando 22,3% do total de vendas na América do Norte (Estados Unidos e Canadá) e 16,3% na América Latina. No Brasil, o consumo de bebidas e alimentos ultraprocessados no ano 2000 foi de 86 kg *per capita*, aumentando para 112,3 kg *per capita* em 2013, apresentando um crescimento de 2,1% ao ano.

A comercialização desses alimentos é feita por grandes grupos econômicos que monopolizam o mercado. Os principais fatores que contribuíram para o aumento no consumo desses alimentos foram o fortalecimento da economia, a elevação do poder de compra, as campanhas de *marketing*, bem como a comodidade, a conveniência e seu menor custo. Campanhas de *marketing* maciças e agressivas também colaboram para o aumento na aquisição de alimentos ultraprocessados prontos para consumo, a partir da criação de necessidades no consumidor, da falta de tempo dedicada ao preparo dos alimentos, da comodidade, praticidade e conveniência trazidas por esses produtos.¹ Motivações de escolha associadas à subjetividade do sujeito, igualmente influenciadas por estes mecanismos, mas também decorrentes de dimensões históricas e culturais, não são o foco de abordagem deste ensaio.

Identificam os cinco principais atores que têm impacto importante nesse cenário: as grandes indústrias transnacionais de alimentos, os profissionais da saúde, as associações e entidades da sociedade civil, os gestores públicos e a mídia. Outro aspecto que levou ao aumento da aquisição de alimentos ultraprocessados foi a estratégia da indústria para estabelecer relações com estes atores e elevar sua influência, a partir do financiamento de atividades acadêmicas, governamentais, entre outras, por meio de parcerias público-privadas e sua influência no aumento da aquisição de alimentos ultraprocessados.¹⁴

Indústria de alimentos e bebidas ultraprocessados como parte atuante na promoção de alimentação saudável?

Em publicação de 2005, Verduin et al.,¹⁵ reconhecidos colaboradores de uma indústria de alimentos denominada ConAgra Foods Inc., mencionam que a indústria de alimentos poderia contribuir para o estado nutricional da população por meio da realização de ações diretas com os consumidores, no auxílio das escolhas alimentares saudáveis obtidas pela clareza e informação nutricional contida nos rótulos, na participação da educação alimentar e nutricional nas escolas para aumentar a conscientização e no oferecimento de produtos que atendam às expectativas do consumidor no gosto, qualidade e preço. Entretanto, Ludwig & Nestle, em 2008,¹⁶ apresentam

alguns exemplos indicativos de contradições nas ações realizadas pela indústria de alimentos ultraprocessados:

- o McDonald's faz uso de gorduras trans nas suas preparações, além de vender alimentos não saudáveis para as crianças vinculados a brinquedos e jogos;
- a Kraft vende produtos não saudáveis para crianças, como biscoitos, catchup, mostarda, maionese, chocolates, balas, gomas de mascar, entre outros;
- o Center for Consumer Freedom (CCF), que seria um canal direto da indústria com o consumidor, utilizado pelos americanos, é financiado por empresas como Coca-Cola, Cargill, Tyson Foods e Wendy;
- eventos patrocinados que promovam a diversão, o movimento corporal e os jogos com crianças e seus familiares para incentivar uma vida saudável são ações que contribuem para desviar o olhar do consumidor em relação à qualidade nutricional dos próprios produtos.

Esses autores afirmam também que, em uma economia orientada para o mercado, a indústria tende a agir no interesse da maximização de lucros. Por isso, acreditam que ações que contrariam seu modelo de negócio podem implicar em menor crescimento.¹⁶

Segundo Yatch et al.,¹⁷ membros da Pepsico, em artigo publicado em 2010, da mesma forma que Verduin et al.,¹⁵ relataram as iniciativas da indústria que, segundo eles, poderiam auxiliar no combate à fome e desnutrição:

- investimento na agricultura, especialmente nos pequenos agricultores por meio do fornecimento de sementes de maior qualidade;
- provisionamento de microcrédito para os agricultores – com o objetivo de melhorar a acessibilidade aos fertilizantes e a eficiência dos sistemas de irrigação;
- auxílio na expansão de recursos básicos (distribuição e controle de qualidade) das corporações;
- maior apoio à fortificação de alimentos consumidos rotineiramente;
- aumento do portfólio de alimentos para a alimentação complementar direcionados à desnutrição;
- criação de modelos de negócios sociais inovadores para combater a desnutrição e a obesidade (negócio sustentável);
- investimento no desenvolvimento da ciência da nutrição, especialmente em países em desenvolvimento;
- reformulação de alimentos ditos como nutritivos por serem de baixo valor energético e de baixo custo.

Entretanto, no ano seguinte (2011), Hawkes & Buse¹⁸ levantaram sérios questionamentos sobre a eficácia de parcerias público-privadas ou a contribuição da indústria de alimentos ultraprocessados em atividades de promoção de alimentação saudável. Segundo esses autores, para que parcerias público-privadas com a indústria de alimentos sejam benéficas à sociedade, é preciso que o interesse público venha em primeiro lugar. Mais recentemente, em 2013, Moodie et al.,¹ e uma publicação da Organização Mundial da Saúde, em 2015,¹² declararam que não há evidência que apoie a eficácia ou a segurança da parceria público-privada com a indústria de alimentos.

Difícil trajetória da regulamentação da publicidade de alimentos ultraprocessados no Brasil

A mídia televisiva influencia de forma negativa as preferências alimentares, principalmente o público mais vulnerável, como é o caso das crianças.^{14,16} No desenvolvimento das campanhas de *marketing*, as estratégias de venda são baseadas em técnicas que incorporam os mais recentes conhecimentos de comportamento de acordo com a psicanálise. Portanto, o *marketing* e a publicidade de alimentos são capazes de explorar crenças, desejos e ilusões, prejudicando as decisões racionais e de autocontrole.¹²

O papel regulador do Estado incide sobre o estabelecimento de padrões seguros para alimentação e nutrição, a proibição da comercialização de alimentos direcionada para crianças e a regulamentação da propaganda e publicidade de alimentos. Em muitos países, a regulamentação é ativa, seja proibindo a propaganda de produtos considerados não saudáveis, restringindo o horário e o local de sua veiculação, seja proibindo inteiramente qualquer publicidade dirigida a crianças.^{14,15} A Noruega e a Suíça, por exemplo, proíbem comercial de televisão voltado para crianças menores de 12 anos de idade. Da mesma forma, a Austrália também restringe a quantidade e a frequência de peças publicitárias durante a programação infantil; enquanto a Áustria e a Bélgica proíbem comerciais antes e depois de programas infantis. Por fim, a Itália apresenta um código de autorregulamentação.¹⁹ Muito embora, no Brasil, o Código de Defesa do Consumidor²⁰ afirme que publicidade abusiva é caracterizada quando se vale da “falta de julgamento e experiência da criança”, e que o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, por meio da resolução 163, de 13 de março de 2014,²¹ disponha “sobre a abusividade do direcionamento de publicidade e de comunicação mercadológica à criança e adolescente”, o País está muito atrás de outras nações, dada a falta de regulamentação para a publicidade de alimentos; exceção vigente é a proibição de qualquer tipo de propaganda de substitutos de leite materno.¹³ Em março de 2016, o Superior Tribunal de Justiça “considerou abusiva e proibiu uma campanha publicitária dirigida ao público infantil”; esta ação, relativa a uma campanha publicitária em especial, constitui precedente que poderá impactar em outros casos similares.²²

A Constituição de 1988 estabelece que o Brasil é uma democracia participativa e, portanto, as parcerias em todos os níveis entre governo e sociedade civil devem ser consideradas como ações relevantes e importantes para o crescimento do país.¹³ É incontestável, porém, a importância de se regulamentar as parcerias entre indústrias produtoras de alimentos e bebidas para a garantia da saúde da população brasileira e a necessidade do aumento do poder e controle do governo sobre a sociedade.¹⁴ Contudo, Henriques et al. acrescentam que as medidas que foram encaminhadas com o objetivo de regulamentação dessas atividades não foram, até o momento, contempladas por haver um grande conflito de interesse estabelecido entre a indústria de alimentos e setores do governo brasileiro. Entre tantos argumentos apresentados pelo setor, destacam-se os princípios da “liberdade de expressão”, “liberdade individual” e “liberdade de escolha”.^{14,15} Essas afirmações, porém, desconsideram as evidências com sustentação científica que comprovam o poder de persuasão das estratégias de *marketing*, assim como aumento excessivo da palatabilidade, que pode gerar vício alimentar e descontrole do apetite.

Conflito de interesse nas relações da indústria de alimentos ultraprocessados e os profissionais da saúde no Brasil

As associações e entidades de nutrição são órgãos constituídos por profissionais da saúde capacitados para identificar características de qualidade nutricional dos alimentos. Portanto, ao firmarem parceria com o setor produtor de alimentos ultraprocessados, estes órgãos conferem legitimidade aos produtos e sustentam a percepção de segurança por parte do consumidor, tendo em vista que seus efeitos negativos não são expostos.²³⁻²⁶ O vínculo entre profissionais da saúde e a indústria indica endosso dos produtos, atribui emoção positiva à marca, bem como amplia as chances de fidelização dos consumidores, o que reflete diretamente no aumento das vendas.²³

Outra influência causada pela aliança entre indústria de alimentos ultraprocessados e profissionais da saúde se dá por meio da divulgação de artigos científicos patrocinados: estudos internacionais revelaram que essas publicações apresentam desfechos favoráveis em quatro a oito mais vezes quando comparados às publicações não patrocinadas pela indústria.¹⁵ Pesquisas científicas patrocinadas pelo setor produtivo com interesse comercial nos resultados podem trazer resultados insuficientes para a abordagem adequada do problema, ou seja, pode haver omissão sobre as evidências associadas a risco ou prejuízo.²⁵

Outra situação de claro conflito de interesses é ilustrada pelo financiamento a congressos nacionais e internacionais e a palestras inseridas na programação científica dos eventos; além do envolvimento financeiro, a indústria de alimentos ultraprocessados também oferece viagens e refeições em restaurantes de alto custo.²⁶ O fornecimento de brindes aos profissionais é uma forma de garantir que os produtos de dada empresa sejam indicados aos pacientes.²⁵

É importante refletir também sobre o patrocínio realizado pela indústria de alimentos a eventos mundiais, tais como Copa do Mundo e Olimpíadas, principalmente se as corporações tiverem práticas, ações políticas ou produtos que colidam com os objetivos das ações de saúde pública, como, por exemplo, a presença da Coca-Cola e do McDonald's na Copa do Mundo realizada em 2014, e também as Olimpíadas em 2016, ambas no Brasil. É importante ressaltar que a indústria se faz presente nas reuniões, distribuindo produtos e fazendo propaganda.²⁷

A comunidade científica opera sua produção segundo diretrizes e princípios desde a concepção de um problema até a divulgação dos achados na forma de artigos ou comunicações em eventos; assim, o esforço científico deve procurar a verdade sobre o objeto de estudo de forma independente de interesses financeiros que possam não promover bem-estar social.²⁸

Avanços nas ações voltadas à alimentação saudável

É relevante esclarecer o papel da indústria de alimentos ultraprocessados em relação aos segmentos-chave da sociedade. Algumas associações já sugerem a criação de um código de conduta: a indústria deve encontrar formas criativas para satisfazer as necessidades reais dos consumidores, fornecendo um alimento saudável, em porções reduzidas, econômico, conveniente e de qualidade, bem como deve afastar-se das atividades científicas e profissionais dos profissionais da saúde, sem nenhuma forma de constrangimento, associação de imagem ou marca, ou participação com poder decisório sobre o escopo de um estudo ou evento científico.^{14,15}

A companhia britânica McKinsey² elaborou relatório com cerca de 70 experiências voltadas à prevenção da obesidade com mais de 600 artigos científicos referenciados. Entre os tópicos apresentados, chama a atenção a criação de um programa abrangente, que envolve gestores públicos, setor alimentício, educadores e profissionais da saúde em ações de intervenção na mudança de comportamento. Os autores desse relatório previram uma diminuição de 20% no sobrepeso e obesidade com a implementação conjunta destas ações; o relatório aponta ainda que, se fossem realizadas ações de educação alimentar e nutricional juntamente com as ações de melhorias no ambiente alimentar, seria possível reduzir os custos de intervenção para combate à obesidade em 67%.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) reforça o papel da dieta como determinante principal, além de políticas de comércio e agricultura, para o enfrentamento do atual cenário de adoecimento crescente da população mundial. Em outubro de 2014, membros da OPAS aprovaram o Plano de ação contra a obesidade infantil para os anos de 2014 a 2019; entre suas recomendações, estão as políticas fiscais e os incentivos para o aumento da produção e consumo de alimentos saudáveis; a regulamentação da propaganda de alimentos; uma melhor rotulagem de produtos alimentares e bebidas processadas; e melhoria da alimentação escolar e aumento

da atividade física em escolares. Além dessas diretrizes, está a ação sinérgica e coerente entre o governo, a comunidade científica, organizações da sociedade civil, mídia e setor privado para implementar acordos políticos.^{12, 29}

Outra medida importante trata da estruturação dos subsídios agrícolas para apoiar a saúde pública e não apenas os produtores de *commodities*,¹⁶ associada a uma regulamentação do mercado e das medidas fiscais que não favoreçam as grandes indústrias de alimentos. São ações integrantes deste plano estrutural: estabelecer limites de concentração de terras, melhorar a disponibilidade de alimentos frescos e de origem local a fim de favorecer a agricultura familiar e promover e fortalecer a preparação de alimentos e a habilidade culinária.¹²

São indispensáveis ações do Estado e da sociedade civil para incentivo ao consumo de alimentos regionais, o desenvolvimento de estratégias a fim de reduzir a presença de alimentos industrializados com baixa densidade nutricional e alta densidade energética na rotina alimentar, a promoção de atividade física em ambientes urbanos seguros, bem como espaços de conveniência e meios de transporte coletivos de qualidade que possibilitem hábitos de vida sustentáveis.¹¹ A publicação do *Guia Alimentar para a População Brasileira*,¹¹ no segundo semestre de 2014, representou avanço frente às diretrizes sobre alimentação saudável para a população brasileira, ao propor a classificação dos alimentos com base no grau de processamento e ao valorizar a escolha por alimentos *in natura* e minimamente processados; a publicação é um convite para que a população tenha um olhar mais crítico em relação às informações que recebe sobre alimentação.¹¹

Entende-se que controle e equilíbrio são duas palavras imperiosas para alinhar os interesses financeiros da indústria de alimentos com os objetivos de saúde pública,¹⁶ da mesma maneira que o empenho e investimento do governo.¹² Essa discussão é chamada de “Ciência do efeito do comportamento corporativo na saúde”, uma área emergente de saúde pública e que precisa ser desenvolvida substancialmente.¹

Considerações finais

Vivemos um cenário de alta prevalência de doenças crônicas, tendo como uma das principais causas o consumo de alimentos ultraprocessados, que é favorecido pelo fluxo de capital, bem como pelo planejamento de *marketing* e demais ações realizadas pela indústria associadas aos profissionais da saúde.

Mesmo que muitos movimentos já estejam sendo realizados a fim de promover uma alimentação saudável, é necessário que haja transformação de práticas e princípios e que essa discussão se torne cada vez mais pública para que haja transparência e equidade. Todas as ações devem ser realizadas de acordo com os princípios de justiça social, sensibilidade cultural, viabilidade econômica e sustentabilidade ambiental.

Colaboradores

Caivano S, Lopes RF, Sawaya AL, Domene SMA e Martins PA participaram da concepção do trabalho, redação e revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Agradecimentos

Aos membros do grupo de pesquisa Epidemiologia Nutricional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – *campus* Baixada Santista, ao Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo e aos organizadores do IV Seminário Integração Serviço-Pesquisa. Estes não fazem parte da autoria e também não são financiadores deste manuscrito.

Referências

1. Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, Sheron N, Neal B, Thamarangsi T, et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *The Lancet*. 2013;381(9867):670-9.
2. Dobbs R, Sawers C, Thompson F, Manyika J, Woetzel J, Child P. Overcoming obesity: an initial economic analysis. McKinsey Global Institute. 2014;1-105.
3. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, 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. *The Lancet*. 2014;384(9945):766-81.
4. Schmidt M, Duncan B, Silva G, Menezes A, Monteiro C, Barreto S. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*. 2011;61-74.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
6. de Azevedo Barros MB, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3755-3768.
7. de Oliveira ML, Santos LMP, da Silva EN. Direct healthcare cost of obesity in Brazil: An application of the cost-of-illness method from the perspective of the public health system in 2011. *PloSone*. 2015;10(4).
8. Wang Y, Beydoun MA, Liang L, Caballero B, Kumanyika SK. Will all Americans become overweight or obese? Estimating the progression and cost of the US obesity epidemic. *Obesity*. 2008;16(10):2323-30.

9. WHO. World Health Organization. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2010 global survey. Geneva: World Health Organization. 2012.
10. Katz D, Meller S. Can we say what diet is best for health? *Annual review of public health*. 2014;35:83-103. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182351.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a População Brasileira. Brasília; 2014.
12. World Health Organization. WHO. Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications. Washington, D.C.: PAHO. Pan American Health Organization; 2015.
13. Monteiro CA, Cannon G. The impact of transnational “big food” companies on the South: a view from Brazil. *PLoS Med*. 2012;9(7):e1001252.
14. Henriques P, Dias PC, Burlandy L. A regulamentação da propaganda de alimentos no Brasil: convergências e conflitos de interesses. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(6):1219-28.
15. Verduin P, Agarwal S, Waltman S. Solutions to obesity: perspectives from the food industry. *The American journal of clinical nutrition*. 2005;82(1):259S-61S.
16. Ludwig DS, Nestle M. Can the food industry play a constructive role in the obesity epidemic? *JAMA*. 2008;300(15):1808-11.
17. Yach D, Feldman ZA, Bradley DG, Khan M. Can the food industry help tackle the growing global burden of undernutrition? *American journal of public health*. 2010;100(6):974.
18. Hawkes C, Buse K. Public health sector and food industry interaction: it’s time to clarify the term ‘partnership’ and be honest about underlying interests. *The European Journal of Public Health*. 2011;21(4):400-1.
19. Moura NC. Influência da mídia no comportamento alimentar de crianças e adolescentes. *Segurança Alimentar e Nutricional*. 2010;17(1):113-122.
20. Brasil. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Diário Oficial da União 12 nov 1990.
21. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Brasil). Resolução CONANDA nº 163 de 13 de março de 2014. Dispõe sobre a abusividade de publicidade e de comunicação mercadológica à criança e ao adolescente. Diário Oficial da União 4 abr 2014.
22. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. IDEC [Internet]. STJ proíbe publicidade dirigida a crianças. 2016 mar 17 [acesso 2016 mar 22]. Disponível em: <http://www.idec.org.br/em-acao/em-foco/stj-proibe-publicidade-dirigida-a-criancas>.
23. Freedhoff Y, Hébert PC. Partnerships between health organizations and the food industry risk derailing public health nutrition. *Canadian Medical Association Journal*. 2011;183(3):291-2.
24. Brownell KD, Warner KE. The perils of ignoring history: big tobacco played dirty and millions died. How similar is big food? *Milbank Quarterly*. 2009;87(1):259-94.

DEMETRA: ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO & SAÚDE

25. Pereira TN, do Nascimento FA, Bandoni DH. Conflito de interesse na formação e prática do nutricionista: regulamentar é preciso. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;no prelo.
26. Nestle M. Food company sponsorship of nutrition research and professional activities: a conflict of interest? *Public Health Nutrition*. 2001;4(05):1015-22.
27. de Sá TH. Can Coca Cola promote physical activity? *The Lancet*. 2014;383(9934):2041.
28. Bes-Rastrollo M, Schulze MB, Ruiz-Canela M, Martinez-Gonzalez MA. Financial conflicts of interest and reporting bias regarding the association between sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review of systematic reviews. *PLoS Med*. 2013;10(12):e1001578.
29. Pan American Health Organization. PAHO. Plan of action for the prevention of obesity in children and adolescents. In: *Americas rDCtSotRCoWft*, editor. Washington, D.C;2014.

Recebido: 16/01/2017

Revisado: 29/03/2017

Aceito: 17/04/2017

Violência em favelas e saúde

ANA LYDIA SAWAYA,^I

MARIA PAULA DE ALBUQUERQUE^{II}

e SEMIRAMIS MARTINS ÁLVARES DOMENE^{III}

Crescimento das favelas, crime organizado e efeitos sobre o território

O SURGIMENTO das favelas remonta ao início do século XX nos morros do Rio de Janeiro, construídas por ex-escravos legados à própria sorte. Essa condição não só não melhorou ao longo do século passado, como nas últimas décadas o número de favelas se intensificou. Entre os anos 2000 e 2010, o crescimento das favelas foi doze vezes maior que o aumento do número de moradias brasileiras. O número de pessoas vivendo nessas condições (61% das quais afro-brasileiras) aumentou de 6,5 milhões para 14 milhões no mesmo período. São Paulo abriga 27% das favelas do Brasil. Desde os anos 2000, as comunidades são ocupadas por trabalhadores pobres (65% dos moradores tem trabalho regular) sem renda suficiente para pagar o aluguel ou ter gastos regulares com água e luz.

Aproximadamente dois milhões de pessoas vivem nas favelas de São Paulo, embora esses dados não sejam precisos. Nesses territórios há elevada prevalência de subnutrição entre crianças, agravada pelas habitações insalubres. Além da subnutrição infantil verifica-se também uma alta prevalência de obesidade entre adultos, causada pelo consumo de alimentos ultra processados de baixo custo. O consumo desses produtos está associado a maior suscetibilidade de ganho de peso, especialmente entre mulheres que sofreram subnutrição em idades precoces. A prevalência de baixa estatura em crianças com até 5 anos é de 6% a 8% no Brasil, mas supera 25% em grupos de alta vulnerabilidade. A coexistência dessas condições configura uma dupla carga de doenças, e incide fortemente para o aumento do custo das políticas públicas, especialmente no campo da saúde e na alta da morbimortalidade, especialmente de doenças crônicas de difícil tratamento.

As favelas no Brasil são áreas urbanas marcadas por moradias precárias, sem registros formais de propriedade. Nos últimos 15 anos, grupos criminosos organizados como o Primeiro Comando da Capital (PCC) têm expandido seu território de domínio; e mais recentemente, a partir das penitenciárias onde alguns de seus integrantes cumprem pena, comandam os crimes. O PCC que nasce em São Paulo concentra atualmente poder no mercado de distribuição de drogas e está ampliando sua estrutura organizacional para o norte e nordeste do país e para outros países. O grande desenvolvimento do PCC e outros grupos representa um sintoma claro da falta de intervenção do Estado, assim como da ineficiência das políticas públicas e da má qualidade da educação.

Recentemente, tem-se evidenciado a importância da análise dos *efeitos de proximidade e vizinhança*, para além dos indivíduos que vivem em condições de pobreza, e seu impacto nas políticas públicas. Dessa abordagem nasce o conceito de efeitos da vizinhança ou do ambiente que se refere aos fatores que afetam a saúde da comunidade de forma independente daqueles ligados às condições familiares ou domiciliares, tais como o isolamento e a privação de acesso a bens. Esses efeitos incluem aqueles de caráter amplo que decorrem da localização das moradias, tais como falta de saneamento básico, de água potável, excessivo adensamento demográfico, construções precárias com riscos de enchentes e incêndios, poluição, falta de rede de transporte e a estigmatização. Reconhece-se cada vez mais que a associação desses determinantes contribui para uma condição de agravamento da situação de vulnerabilidade, comparativamente àquela experimentada por pessoas pobres que não vivem em favelas.

Aumentam as evidências, por exemplo, que aqueles que permanecem por duas ou três gerações em uma favela vivem uma espiral de fatores complicadores que progressivamente afastam seus moradores das condições para escapar dessa condição.

Os efeitos da vizinhança ainda contribuem para comprometer a saúde mental, acentuar a subnutrição entre crianças e agravar a morbidade por doenças crônicas entre adultos. Por isso, a presença desses efeitos no território representa um agravante que implica intervenções mais complexas e demanda maior investimento de recursos em saúde pública. Por outro lado, esse cenário pode oferecer a oportunidade para que uma única intervenção possa afetar simultaneamente muitas pessoas que vivem em uma área específica.

O tráfico, a violência e as dificuldades na assistência domiciliar

Os obstáculos para acesso ao serviço de saúde criados pela pobreza estrutural foram superados no Brasil. Mais de 80% das pessoas que são hospitalizadas pelo sistema público de saúde o avaliam como bom (Stopa et al., 2017). Contudo o tráfico de drogas se tornou o principal fator para a escalada da violência nas comunidades e um dos principais obstáculos para o sucesso do serviço público de saúde nas periferias e favelas. Mais de um terço dos brasileiros já experimentou algum tipo de violência. O Brasil, contudo, detém o primeiro lugar no mundo quando se considera o número de anos de vida perdidos por causa da violência, e essa condição é diretamente determinada pelo mercado ilegal de drogas.

É comum entre os operadores de saúde que atuam no território o relato que o comportamento ameaçador dos traficantes impediu as equipes de saúde de conduzirem seus trabalhos. Alguns profissionais, por exemplo, relatam que deixaram de notificar a suspeita de casos de abuso ou negligência infantil por receio de retaliação por parte de membros da família que estavam envolvidos com as organizações criminosas ou porque os dirigentes do tráfico deixaram claro não querer a intromissão de estranhos envolvidos em assuntos da comunidade.

Em muitas comunidades a ausência de uma liderança clara com quem os profissionais de saúde possam construir um diálogo e estabelecer relações de confiança alimenta um ambiente hostil e instável, e já levou a interrupção da assistência em saúde e afetou negativamente as famílias necessitadas. Há relatos de que as visitas domiciliares são frequentemente proibidas às sextas-feiras, uma vez que a incidência de conflitos e violência costuma aumentar neste dia nas favelas.

Dessa forma, o aumento da violência ampliou os desafios para implementar a assistência universal em saúde, uma das metas do Sistema Único de Saúde no Brasil. A pobreza costumava ser, talvez, a principal chaga dos países emergentes; contemporaneamente, o tráfico de drogas, a violência e os acidentes estão na raiz da iniquidade social.

O Centro de Recuperação e Educação Nutricional e a violência

O Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) é uma organização não governamental com forte atuação nessas comunidades que oferece assistência ambulatorial a crianças e adolescentes com subnutrição ou obesidade (cerca de 7 mil pacientes/ano) e atendimento em sistema de hospital-dia para os menores de cinco anos com subnutrição moderada ou grave (cerca de 140 pacientes/ano). O tratamento conta ainda com educação nutricional para melhorar a quantidade e a qualidade do consumo alimentar, fortalecimento da rede de suporte das famílias incluindo visitas domiciliares regulares, o manejo de infecções e outras doenças associadas por meio de atendimento médico além do aconselhamento psicológico. No hospital dia, as crianças recebem cinco refeições por dia com a meta de fornecer 100% das recomendações nutricionais diárias. Educadores sociais, nutricionistas, pediatras, psicólogos e professores participam do tratamento com o propósito de recuperar estatura e peso. A entidade trabalha em rede com os equipamentos públicos de saúde, educação e assistência da cidade e do estado de São Paulo e com outros parceiros da sociedade civil organizada cujo foco de ação está na garantia de direitos da infância e adolescência.

Seus profissionais têm descrito que a realização de busca ativa por crianças com subnutrição tem sido prejudicada pelo tráfico de drogas. A avaliação antropométrica é o método de aplicação em estudos de base populacional mais efetivo para identificar crianças em situação de risco nutricional. No entanto, os profissionais do CREN costumam ser impedidos de convocar as famílias para participar do Censo Antropométrico. Como resultado, o número de crianças presentes nesses mutirões de antropometria tem sido menor do que a média experimentada há dez anos.

O confronto com situações violentas no trabalho tem crescido para a equipe CREN. E os profissionais têm descrito que durante as atividades internas ou no campo muitas dessas situações têm demandado mudanças constantes no modelo de assistência. “A violência é estrutural”, “a cada ano piora” e “o crime acontece a luz do dia”, são frases cotidianas nos encontros com a equipe.

Em muitas favelas onde o ambiente é mais hostil, as visitas da equipe do

CREN têm ocorrido no menor tempo necessário para o alcance de objetivos mínimos. Alguns dos profissionais já tiveram armas apontadas diretamente para si, enquanto outros foram perseguidos até que deixassem a comunidade. Em uma ocasião as atividades do CREN foram suspensas em uma unidade de saúde pela chegada de um criminoso baleado, que obrigou assistência dos profissionais para retirada do projétil.

Há registro de profissionais da entidade que interromperam suas atividades para obedecer um toque de recolher na vizinhança. Proibida de deixar a área, a equipe foi mantida dentro da unidade de saúde por diversas horas. Em outra situação, foram informados por um integrante da organização criminosa “que não era um bom dia e o melhor seria ir embora”. Em outra unidade de saúde o atendimento foi interrompido por essa estar sendo usada como esconderijo de material do crime organizado. O roubo de carro de médicos como retaliação, também foi registrado.

Famílias envolvidas com o tráfico

Outra face dessa realidade trata das crianças cooptadas pelo tráfico de drogas. Um garoto de 10 anos foi levado ao serviço de custódia a pedido da mãe, que não se sentia capaz de evitar sua atividade com os criminosos. O garoto, que já havia roubado e se embriagava, ameaçou os profissionais do CREN com uma arma de fogo ao se encontrarem na comunidade.

Os pais e responsáveis, quando percebem um ambiente de confiança, costumam relatar as dificuldades para tirar seus filhos do crime organizado, onde auferem alto ganho financeiro com muito menos esforço do que em um trabalho formal. O tráfico confere ao jovem um *status* afetivo. Nesse ambiente, o criminoso se sente “importante”, “faz a diferença” e é valorizado como herói ao proteger a comunidade.

Os profissionais do CREN relatam ainda que, por causa das atividades ilegais, muitas mães omitem informações relevantes sobre a rotina diária, o que torna mais difícil a recuperação nutricional de seus filhos.

As comunidades envolvidas no tráfico têm muitos consumidores de drogas. Entre usuários é comum a negligência com sua própria saúde e com a de seus familiares. O uso da droga transforma hábitos e afeta diretamente a rotina familiar e o cuidado com as crianças.

Um dos integrantes da equipe referiu ter sido abordado pelo pai de uma paciente quando entrava em seu veículo ao fim do dia. O homem queixou-se de uma intervenção realizada pelo CREN. Sua esposa havia sido agredida fisicamente – ela tinha marcas no rosto e referiu serem resultado de um ataque com uma faca; por esse motivo, os profissionais do CREN a encorajaram a proceder a denúncia junto à delegacia da mulher, para onde a acompanharam. À porta do carro, o marido manifestou sua desaprovação, em tom ameaçador pela interferência do CREN nessa circunstância. Ele contradisse a esposa, ao relatar que as marcas no corpo dela foram causadas por outras pessoas, e não por ele.

No que se refere à atividade policial, os registros indicam haver situações de conflito (com relatos de tiroteio entre policiais e criminosos, que resultou na morte de um integrante da comunidade) ou aparente conivência, percebida em flagrantes de receptação de drogas na comunidade perdidos por pequeno atraso na chegada dos policiais.

Um relato de caso

José chegou ao CREN aos 4 anos de idade com quadro de subnutrição grave (Índice de Estatura para Idade (E/I) de - 5,73 escores Z),¹ com esquistossomose e outras parasitoses intestinais. Ele e suas duas irmãs viviam em uma favela com seus pais. A família morava em um barraco de um cômodo, sem luz natural. As irmãs de José também estavam subnutridas. Durante uma visita domiciliar, a equipe do CREN soube que a família havia sido contemplada com um apartamento em um programa de moradias populares, mas o “vendeu”, retornou à favela e “comprou” outro barraco (“compra” e “venda” irregulares tendo em vista não haver formalização da posse de qualquer dos imóveis). Esse episódio foi sugestivo para a equipe do CREN de um estilo de vida de risco e alta probabilidade de envolvimento com grupos do tráfico.

A favela onde José e sua família viviam é conhecida como área de intenso tráfico de drogas. O acesso ao território é restrito, e a presença da polícia, insuficiente. A unidade básica de saúde mais próxima relatou dificuldade de atender à população local porque um integrante do crime organizado com grande prestígio no local havia anunciado em tom ameaçador que os profissionais da unidade não eram bem-vindos para prestar assistência à comunidade.

O pai de José relatou que trabalhava com coleta e venda de material reciclável para viver, mas todas as vezes que a equipe do CREN realizava visitas domiciliares o encontrava em casa. Os membros da equipe souberam a partir de relatos da comunidade que ele estava respondendo criminalmente por alguns delitos. A partir das visitas a equipe começou a suspeitar que a mãe de José era usuária de drogas. José e suas irmãs, apesar da gravidade do quadro de subnutrição, faltavam regularmente ao tratamento, a despeito de haver transporte garantido diariamente pela instituição.

No início do tratamento, José chegou a apresentar alguma recuperação nutricional (E/I -4,19 escores Z), mas nos meses subsequentes houve agravamento da situação familiar com baixa aderência ao tratamento. Por isso, os profissionais visitaram a casa da família e, quando chegaram, encontraram a criança em situação clínica crítica, pois ele havia perdido 2,65 Kg em 11 dias. Estava bastante debilitado e não tinha forças para chorar. Sua mãe relatou que ele havia apresentado diarreia e vômitos, e essa era a razão para ela não o ter levado ao CREN. O serviço local de saúde, que também acompanhava a situação de saúde das crianças em parceria com o CREN, havia hesitado em acionar a justiça com receio de retaliação do tráfico, pois o responsável pela Unidade já havia sido alertado pelo crime organizado para que não se envolvesse demais com a comunidade.

Ante a constatação da gravidade do quadro clínico da criança, a equipe do CREN encaminhou José para internação hospitalar. Durante os 30 dias de internação, o hospital notificou o Conselho Tutelar, pois a equipe de saúde suspeitou que a mãe de José não queria que ele ganhasse peso. Ele e suas irmãs eram usados para pedir dinheiro nas ruas. E o baixo peso da criança, muito provavelmente, facilitava a atividade de mendicância da mãe. Quando a equipe abordou esse assunto a mãe negou a situação de exploração das crianças; apesar disso, ela foi vista pela equipe do CREN na rua pedindo esmola com as crianças.

No hospital, José continuou a não ganhar peso a despeito da oferta de refeições e tratamento, e se mostrava agressivo na presença da mãe. A equipe de saúde relatou que durante o período de internação a mãe tentou fugir com a criança. Quando o pai de José soube que o Conselho Tutelar havia sido notificado, ele foi ao CREN e se dirigiu a um dos profissionais da equipe, em tom ameaçador, dizendo que “iria resolver as coisas do jeito dele”. Ao final do período de hospitalização, a Justiça determinou que José fosse encaminhado a um abrigo e que fosse cessado o contato com sua família, inclusive por meio de visitas. A equipe do CREN continuou seu contato com a família buscando prevenir que os outros irmãos de José também se tornassem subnutridos enquanto realizava ações de reforço da rede social da família, buscando envolver parentes, vizinhos e instituições de suporte para a família.

Conclusão

O aumento da violência nas favelas e o cenário descrito neste artigo reforçam a hipótese de que a violência e o tráfico organizado nas favelas exacerbaram o efeito negativo da vizinhança e a segregação dessa população ao prejudicar o atendimento em saúde. Essa nova situação demanda políticas públicas específicas para esses territórios que levem em conta o agravamento causado pelo efeito da vizinhança. Por outro lado, ações voltadas especificamente para as favelas podem ter efeito somatório e aumento de impacto positivo justamente pela presença do efeito da vizinhança.

Agradecimentos

À equipe do CREN pelos relatos e, em especial, a Bruna Pellegrini pela organização e seleção dos relatos.

Nota

1 A subnutrição pode ser classificada em leve quando o Índice de Estatura para Idade (E/I); Peso para Idade (P/I) e/ou Índice de Massa Corporal para Idade (peso (kg)/estatura (m)²) encontra-se entre -1,0 e -2,0 escores Z (desvios padrão da mediana da população de referência da Organização Mundial da Saúde), moderada entre -2,01 e -3,0 escores Z e grave quando menor de -3,01 escores Z.

Referências

- BIDERMAN, C. et al. Pax Monopolista and Crime: the case of the Emergence of The Pimeiro Comando da Capital in São Paulo. *Working papers*, Domestic Violence, 7.15.2104, n.2014/03, CAF Development Bank of Latin America.
- EZEH, A. et al. The history, geography, and sociology of slums and the health problems of people who live in slums. *Lancet*, v.389, p.547-58, 2017.
- MARTINS, V. J. B.; ALBUQUERQUE, M. P.; SAWAYA, A. L. Endocrine Changes in Undernutrition, Metabolic Programming, and Nutritional Recovery. In: PREEDY, V. R.; PATEL, V. B. (Ed.) *Handbook of Famine, Starvation, and Nutrient Deprivation* Springer. International Publishing AG 2017., DOI 10.1007/978-3-319-40007-5_41-1.
- MARTINS, V. J. B. et al. Long-Lasting Effects of Undernutrition. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v.8, p.1817-46, 2018.
- PASTERNAK, S.; D'OTTAVIANO, C. Favelas no Brasil e em São Paulo: avanços nas análises a partir da Leitura Territorial do Censo de 2010. *Cadernos Metrópole* [en linea], v.18, 2016. Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=402844839013>>. Fecha de consulta: 9 de marzo de 2018.
- STOPA, S. R. et al. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. *Rev. Saúde Pública*, v.51, supl., p.1-3s, 2017.

RESUMO – O tráfico de drogas tornou-se o principal fator para a crescente escalada da violência e um dos maiores obstáculos para o sucesso dos serviços públicos de saúde nas favelas. O Brasil ocupa o primeiro lugar no mundo como o país com mais anos de vida perdidos pela violência. As favelas brasileiras surgiram nas colinas do Rio de Janeiro no início do século XX e foram construídas por ex-escravos. Nas últimas décadas, a velocidade de seu crescimento se intensificou. Entre 2000 e 2010, o crescimento de favelas foi doze vezes maior que o aumento anual das famílias brasileiras. O número de pessoas vivendo nessas condi es (61% afro-brasileiras) aumentou de 6,5 milhões em 2000 para mais de 14 milhões em 2010. São Paulo abriga 27% de todas as favelas no Brasil. Desde a década de 2000, essas comunidades foram ocupadas por trabalhadores pobres (65% com permissão de trabalho) que não têm renda suficiente para pagar o aluguel. Aproximadamente dois milhões de pessoas residem nas favelas de São Paulo. Esses territórios têm a maior prevalência de subnutri o entre as crianças causada por moradia insalubre e a maior prevalência de obesidade em adultos causada pelo consumo de alimentos ultraprocessados de baixo custo. A coexistência dessas duas doenças representa uma carga dupla para a interven o na saúde e aumenta consideravelmente o custo de implementa o de políticas públicas. Este artigo apresenta evidências de que a violência está aumentando os efeitos negativos da vizinhança nas favelas brasileiras, condi o que implica interven es mais complexas e específicas, direcionadas para esses territórios.

PALAVRAS-CHAVE: Favelas, Violência, Saúde, Efeitos da vizinhança, Assistência em saúde, Território, Pobreza.

ABSTRACT – Drug trafficking has become the main factor in the escalation of violence and one of the greatest obstacles to the success of public health services in slums. Brazil ranks number one in the world as the country with the most years of life lost through violence. Brazilian slums emerged in the hills of Rio de Janeiro in the early 20th century and were built by former slaves. In the last decades, the speed of their growth has intensified. Between 2000 and 2010, the growth of slums was twelve times higher than the annual increase in Brazilian households. The number of people living in these conditions (61% Afro-Brazilians) increased from 6.5 million in 2000 to more than 14 million in 2010. São Paulo houses 27% of all the slums in Brazil. Since the 2000s, these communities have been occupied by poor workers (65% with work permits) who do not have a sufficient income to pay rent. Approximately 2 million people reside in the slums of São Paulo. These territories have the highest prevalence of malnutrition among children caused by unhealthy housing and the highest prevalence of adult obesity caused by the consumption of low-cost, ultraprocessed foods. The coexistence of these two diseases constitutes a double burden for health intervention and greatly increases the cost of implementing public policies. This article provides evidence that violence is increasing the negative neighborhood effects in Brazilian slums, a condition that implies more complex and targeted interventions in these territories.

KEYWORDS: Slums, Violence, Health, Neighborhood effects, Health assistance, Territory, Poverty.

Ana Lydia Sawaya é bióloga e professora do Departamento de Fisiologia, Disciplina de Fisiologia da Nutrição da Universidade Federal de São Paulo. Coordenadora do grupo de pesquisa Nutrição e Pobreza do Instituto de Estudos Avançados (IEA) da Universidade de São Paulo (USP). @ – al.sawaya@yahoo.com.br

Maria Paula de Albuquerque é médica nutróloga e diretora clínica do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN)/Unifesp. Membro do grupo de pesquisa Nutrição e Pobreza do Instituto de Estudos Avançados (IEA) da Universidade de São Paulo (USP). @ – saude_vm@cren.org.br

Semiramis Martins Álvares Domene é nutricionista e professora no curso de Nutrição, Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo. Membro do grupo de pesquisa Nutrição e Pobreza do Instituto de Estudos Avançados (IEA) da Universidade de São Paulo (USP) @ – semiramisdomene@gmail.com

Recebido em 13.4.2018 e aceito em 30.5.2018.

^I Departamento de Fisiologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II} Centro de Recuperação e Educação Nutricional, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{III} Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

A FOME RETORNA À MESA DE DEBATES * **

Anna Maria T. Medeiros Peliano

*A autora faleceu em 19/08/2021,
durante o processo de produção deste livro.*

RESUMO

A criação, em 2003, do Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza no âmbito do Instituto de Estudos Avançados da USP, é mais uma importante iniciativa para promover a reflexão e o debate sobre o tema, buscando ampliar o conhecimento por meio de debates e intercâmbio de experiências com acadêmicos, gestores públicos e sociedade civil. O problema da fome não é uma novidade no Brasil, com altos e baixos, sempre esteve presente na mesa dos brasileiros. Com essa iniciativa, o IEA marca sua presença nessa mesa buscando favorecer a convergência de saberes, analisando temas complexos a partir de uma visão multidisciplinar, de modo a reunir subsídios que possam contribuir para avanços nas políticas públicas e nas iniciativas da sociedade no campo da segurança alimentar, buscando ensinamentos na história para vislumbrar o caminho a ser adotado atualmente.

Nessa linha, o presente texto faz um breve relato das medidas adotadas no país ao longo das oito décadas em que o assunto esteve presente nessa mesa para, em seguida, destacar os estudos e pesquisas que subsidiaram esse debate, culminando com sugestões de possíveis caminhos a serem trilhados para lidar com as questões que ganham especial relevância na atualidade, quando voltamos a assistir ao agravamento do problema da fome e da insegurança alimentar, que já vinham se manifestando nos anos recentes e que tendem a crescer ainda mais no período pós-pandemia.

A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR NO BRASIL

Primeiros passos

O tema do combate à fome foi introduzido na agenda das políticas públicas por Josué de Castro no início dos anos 30, com a publicação dos Inquéritos sobre as Condições de Vida das Classes Operárias no Recife, em que foram estabelecidas as relações diretas entre alimentação, condições de trabalho e de vida da população e que subsidiaram a determinação da “ração essencial” a qual corresponderia a um dos itens cobertos pelo salário mínimo, instituído em maio de 1940¹. Ficaram ali estabelecidas as relações entre alimentação e renda e essa abordagem permaneceu presente em toda a trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil.

Em relação aos programas de alimentação, é importante ressaltar que os primeiros deles foram desenvolvidos no âmbito do Ministério do Trabalho pelo Serviço de Alimentação da Previdência Social – SAPS, criado em 1940 no Governo Getúlio Vargas, com o objetivo de melhorar a condição de alimentação do trabalhador e, consequentemente, sua resistência orgânica e capacidade de trabalho, com a progressiva racionalização dos seus hábitos alimentares. Nascia ali, na esteira das políticas trabalhistas de Vargas, a política de alimentação e nutrição no país, centrada na questão da educação alimentar, da qual também se originaram muitos dos programas de assistência alimentar vigentes nos dias atuais.

Dentre eles cabe mencionar: (a) a criação de restaurantes populares; (b) o fornecimento de uma refeição matinal para os filhos dos trabalhadores (embrião da merenda escolar); (c) um auxílio alimentar durante o período de trinta dias ao trabalhador enfermo ou desocupado (transformado em auxílio-doença); a criação de postos de subsistência para venda, a preços de custo, de alguns gêneros de primeira necessidade, bem como os programas de abastecimento popular (década 80); o serviço de visita domiciliar junto à residência dos trabalhadores (agentes comunitários de saúde); e os cursos para visitantes e auxiliares técnicos de alimentação.

1 Vale ressaltar que, não tendo sido fixado o percentual correspondente à alimentação, “já na época de sua instituição, mais de 60% do salário mínimo seriam gastos apenas com a alimentação do trabalhador se só ele comesse a ração – tipo que constava do decreto de 1938 como indispensável à subsistência do trabalhador” (CASTRO, Anna – Nutrição e Desenvolvimento, op. cit).

Em Geografia da Fome, Josué de Castro identificou cinco diferentes áreas que formam o mosaico alimentar brasileiro, três das quais foram consideradas como nitidamente de fome: a Área da Amazônia, a da Mata do Nordeste (Nordeste Açucareiro) e a do Sertão Nordestino². O trabalho concluiu que nelas viviam populações que, em grande maioria exibiam permanente ou ciclicamente as marcas inconfundíveis da fome coletiva. Fez então a distinção entre áreas de fome endêmica: mais da metade da população submetidas permanentemente a um regime de carências e de subalimentação (Amazônia e o Nordeste Açucareiro) e de fome epidêmica, onde a fome apresenta-se de forma episódica, em surtos, como na região do Sertão Nordestino.

Nas outras duas regiões, o Centro-Oeste e o Extremo Sul, o reconhecimento era o de que nestas áreas os desequilíbrios e as carências alimentares, sejam em suas formas discretas, subclínicas, sejam mesmo em suas exteriorizações completas, se apresentavam como quadros de exceção, atingindo a parcela mais pobre da população.

Em 1953, quando era presidente do comitê executivo da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), Josué de Castro divulgou o Programa dez pontos para vencer a fome (quadro 1), que, em termos de concisão, não poderia ser mais claro.

Quadro 1- Dez pontos para vencer a fome

1. Combate ao latifúndio.
2. Combate à monocultura em largas extensões sem as correspondentes zonas de abastecimento dos grupos humanos nela empregados.
3. Aproveitamento racional de todas as terras cultiváveis circunvizinhas dos grandes centros urbanos para agricultura de sustentação, principalmente de substâncias perecíveis como frutas, legumes e verduras, que não resistem a longos transportes sem os recursos técnicos da refrigeração.
4. Intensificação do cultivo de alimentos sob forma de policultura nas pequenas propriedades.
5. Mecanização intensiva da lavoura, da qual dependem os destinos produtivos de toda nossa economia agrícola.

2 Josué de Castro caracterizou cinco áreas distintas no país, segundo suas características alimentares: (1) Área Amazônica; (2) Área da Mata do Nordeste; (3) Área do Sertão do Nordeste; (4) Área do Centro Oeste; (5) Área do Extremo Sul.

6. Financiamento bancário adequado e suficiente da agricultura, assim como garantia da produção pela fixação de bom preço mínimo.
7. Progressiva diminuição até a absoluta isenção de impostos sobre a terra destinada inteiramente ao cultivo de produtos de sustentação.
8. Amparo e fomento ao cooperativismo, que poderá servir de alavanca impulsora à nossa incipiente agricultura de produtos alimentares.
9. Intensificação dos estudos técnicos de Bromatologia e Nutrologia no sentido de que se obtenha um conhecimento mais amplo do valor real dos recursos alimentares.
10. Planejamento de uma campanha de âmbito nacional para a formação de bons hábitos alimentares, a qual envolva não só o conhecimento dos princípios históricos de higiene, como o amor à terra, os rudimentos de economia agrícola e doméstica, os fundamentos da luta técnica contra a erosão.

É importante destacar que Geografia da Fome representou um marco no estudo da realidade brasileira. Primeiro, por mapear e divulgar a existência da fome no país, numa época, como ele mesmo denunciava em que esse tema era um tabu. Segundo, porque ele buscou analisar os problemas alimentares, e as doenças decorrentes da fome, relacionando esses problemas: às condições de solo e clima das diferentes regiões; às características da flora e da fauna local; aos hábitos e dietas alimentares; e às realidades sociais, culturais, políticas e econômicas dessas regiões. Dessa forma, o trabalho se distinguiu por associar fome e subdesenvolvimento, ou seja, por tratá-la como uma questão política, um produto decorrente basicamente de fatores sociais, culturais e econômicos.

Desde então, as políticas de alimentação no país, agora falamos de segurança alimentar, mantêm exatamente essa abordagem abrangente.

A partir da constatação de que o problema da fome era um problema multifacetado e multicausal, um problema relacionado a desigualdades e à organização política e social do país, ele concluía em Geografia da Fome, “que não existe nenhuma panaceia que possa curar este mal como se fosse uma doença de causa definida. A fome não é mais do que uma expressão – a mais trágica expressão do subdesenvolvimento econômico”³. Isso corresponde a afirmar que o combate à fome só seria efetivo se tratado como um dos eixos centrais da estratégia de desenvolvimento do país.

3 CASTRO, Josué. Geografia da Fome.

Segunda etapa da trajetória

No pós-guerra, o comando da política de alimentação foi transferido para o Ministério da Saúde, a quem coube conduzir a elaboração e aprovação, no início dos anos 50, do Primeiro Plano Nacional de Alimentação e Nutrição no Brasil com muita ênfase na educação alimentar. A responsabilidade da área de saúde pela elaboração e coordenação dos programas de alimentação e nutrição manteve-se até os anos noventa, cabendo observar que embora esse foco tenha estado presente em todos os planos elaborados desde então ele foi se modificando ao longo do período.

Na década de cinquenta, a ênfase foi atribuída à educação alimentar, no pressuposto de que a desnutrição poderia ser significativamente reduzida mediante a difusão do conhecimento das regras básicas de uma alimentação adequada. A partir da década de 60, a atenção voltou-se para o enriquecimento de produtos alimentícios e o apoio às indústrias de alimentos, especialmente os formulados de alto valor nutricional, com base na suposição de que a dieta básica da população necessitava ser reforçada no tocante a seu valor proteico (ao invés de enriquecer a população, buscava-se enriquecer os alimentos).

Essa ênfase predominou até meados da década de setenta, onde houve uma reviravolta na concepção da política de alimentação e nutrição, com uma retomada dos ideários mais abrangentes de Josué de Castro. Dois fatos marcaram essa nova etapa das políticas de alimentação no país: a publicação do Estudo Nacional de Despesas Familiares/ ENDEF (74) e a aprovação do II PRONAN.

Depois da Geografia da Fome, o ENDEF/1974 foi o primeiro levantamento de âmbito nacional sobre as condições de alimentação dos brasileiros que identificou que o que predominava era um déficit calórico. Isto é, dada a composição da dieta da população, aqueles grupos que atingiam níveis de consumo adequados, em termos quantitativos, não apresentavam déficit proteico. Ou seja, o maior problema não era que o brasileiro comia mal, mas sim que comia pouco⁴.

Obviamente, a questão alimentar é muito mais complexa e hoje, quando se observa que cresce a obesidade entre famílias pobres, o reconhecimento de que o

4 PELIANO, Anna Maria M. A Assistência Alimentar nas Políticas Governamentais. Brasília: Revista de Política Agrícola, ano X, n. 1, jan./fev./mar. 2001.

brasileiro come também mal, traz de volta a importância da educação alimentar nas políticas públicas de segurança alimentar, mas agora em outros patamares.

Com a retomada do ideário de Josué de Castro, que enfatizava que o problema era mais de ordem econômica foi elaborado e aprovado o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição – PRONAN, onde a preocupação central era buscar a garantia de renda da população. Nessa linha, a proposta era utilizar programas de distribuição de alimentos como instrumento de apoio aos pequenos produtores rurais, com vistas à elevação da renda do setor agrícola e ao aumento da produtividade da agricultura familiar, substituindo a proposta de enriquecer os alimentos, para a de enriquecer a população, especialmente os pequenos produtores rurais.

Embora o II PRONAM programa tenha contribuído para fortalecer, pela adição de novos recursos, programas de suplementação alimentar das esferas do MEC (merenda escolar) e MPAS (extinta LBA), na medida em que estas instituições não aderiram à proposta e se limitaram à distribuição de produtos industrializados e formulados, contrariaram as diretrizes que justificaram sua própria elaboração.

Apenas o MS, por meio do INAN, respeitou as diretrizes do PRONAN, utilizando alimentos básicos nos seus programas de combate à desnutrição materno infantil, e instituindo, em parceria com a CONAB, programas de aquisição de alimentos em áreas rurais e de abastecimento em periferias urbanas. Todavia, o INAN não chegou a ter força política para implementar essa estratégia em larga escala, pois o MS deparou-se com imensas dificuldades, para coordenar uma política de alimentação e nutrição no país na abrangência que reconhecia como necessária. Não tinha força política, não tinha recursos e, em alguns momentos, não tinha sequer apetite para endossar tal desafio.

Terceira etapa

A redemocratização do país deu um grande passo na área de alimentação, com a ampliação dos espaços de participação e debates sobre o tema da fome e da desnutrição.

Ainda durante a transição para o novo regime, em 1985 o Ministério da Agricultura, por meio da COBAL, organizou o Debate Nacional de Abastecimento Popular,

denominado “Dia D do Abastecimento”, que mobilizou cerca de 30 mil participantes vinculados a quase três mil organizações populares das periferias dos centros urbanos.

Nesse debate ficou clara a percepção pelas comunidades da complexidade dos problemas alimentares, conforme já ressaltava Josué de Castro, em vista da abrangência das sugestões apresentadas. Os participantes encaminharam uma pauta extensa de reivindicações, que tratavam da política econômica e da questão salarial, da política agrária e agrícola, dos programas de abastecimento, e de um ponto novo: da participação popular na formulação e fiscalização das políticas públicas para o setor, que deu ensejo à realização no ano seguinte da Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição.

No final da década, com a promulgação da Constituição de 88, deu-se outro grande passo na área de alimentação, com o reconhecimento da alimentação escolar como um direito constitucional. Esse ato fortaleceu na sociedade o entendimento de que merenda não era mais uma opção dos governantes, mas uma obrigação legal.

No entanto, apesar dos avanços no desenho dos programas, nos debates com a sociedade e no marco legal, com o reconhecimento do direito à merenda escolar, a prioridade da chamada “Nova República” foi o Programa Nacional de Leite para Crianças Carente - PNLCC, que consistia na distribuição de tíquetes para a aquisição de 30 litros de leite junto ao comércio local.

A concepção do programa contrariava os princípios defendidos pelos especialistas da época. O programa era centralizado, enquanto o Governo Federal se relacionava diretamente com associações comunitárias de todo o país – tinha caráter clientelista, dissociado de qualquer outra intervenção na área de saúde, de educação ou de apoio à agricultura familiar – e superpunha-se aos demais programas, sem qualquer esforço de integração. Os cupons costumavam ser utilizados como moeda paralela, vendidos no mercado com deságio para reforçar a renda da população.

Em suma, é possível afirmar que de meados dos anos setenta ao final da década de oitenta, o que foi bom não funcionou e o que funcionou não foi bom. No início dos anos 90, o Governo Collor, extinguiu quase todos os programas de alimentação e nutrição então existentes. Em 1992, os recursos para a área estavam reduzidos a U\$ 208 milhões. O Programa da Merenda Escolar foi limitado a um atendimento de cerca de 30 dias, quando a meta era de 180 dias/ano.

Com o impeachment do Collor, assume o governo Itamar Franco (1993/94) que promove uma guinada na questão das políticas de alimentação e nutrição. De imediato, criou um grupo para redesenhar o antigo Programa do Leite do governo Sarney e iniciou um processo de descentralização da merenda escolar num acordo estabelecido com a Frente dos Prefeitos⁵.

Nesse mesmo momento, o movimento da sociedade civil pela “Ética na Política” elegia o Combate à Fome e à Miséria pela Vida como bandeira de mobilização nacional, e o governo paralelo do PT lançava a proposta de uma Política Nacional de Segurança Alimentar. Sem entrar em detalhes do processo que reuniu todas essas forças, o fato foi que elas se reuniram e o tema sensibilizou o país. E a primeira iniciativa decorrente dessa união de forças foi a elaboração do Mapa da Fome.

Qual foi a importância do Mapa da Fome?

A importância da publicação do Mapa da Fome foi grande para o país. Segundo noticiou o Boletim Informativo do IPEA à época, foi “a pesquisa que comoveu o País e estimulou a mais empolgante reação do Governo e da sociedade”⁶.

A metodologia utilizada para elaborar o Mapa da Fome foi extraída dos estudos sobre pobreza da Cepal, instituição parceira do IPEA nesse trabalho, e que consistiu em levantar o custo, por região, de uma cesta básica de alimentos necessária para satisfazer as necessidades nutricionais das famílias, para identificar quantas famílias tinham rendas que permitiam adquirir essa cesta básica. As pessoas que viviam em famílias com uma renda igual ou inferior ao valor da cesta básica de alimentos eram então incluídas no grupo das que passavam fome⁷.

Assim, a fome podia ser medida com base na falta de renda para comprar os alimentos necessários a uma alimentação adequada. Com essa concepção, se chegou ao número de 32 milhões de pessoas, nove milhões de famílias, que não tinham ren-

5 A proposta de descentralização da merenda escolar apresentada pelo governo federal aos prefeitos foi elaborada no Ipea: A Descentralização da Merenda Escolar. Anna Maria peliano e Nathalie Beghin. IPEA, Brasília, outubro de 1992.

6 Ano VI- nº 9- setembro de 1994. BSB.

7 Pessoas cuja renda familiar corresponde, no máximo, ao valor de aquisição da cesta básica que atenda, para a família como um todo, os requerimentos nutricionais recomendados pela FAO/OMS/ONU.

da para garantir uma alimentação nos níveis recomendados. Essas informações foram discriminadas por região e até por municípios.

A informação de que 32 milhões de pessoas passavam fome permitiu lançar no país uma mensagem que todos podiam entender, de forma que o tema entrou na agenda dos debates nacionais. “Esse é um dado de mobilização, uma informação para mexer com a sociedade”, costumava dizer o sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, e foi o que aconteceu. É interessante notar que essa preocupação com a simplicidade e a concisão da informação era também uma preocupação de Josué de Castro, conforme assinalam alguns daqueles que escreveram sobre sua biografia.

Naquele momento, à diferença da Geografia da Fome, que continha uma análise de caráter mais qualitativo, o Mapa da Fome era de caráter quantitativo para mobilizar governos e sociedade. Ademais, o Mapa da Fome não se restringia à dimensão da pobreza. Constava também do trabalho um mapeamento da produção agrícola do país e sugestões para o enfrentamento do problema alimentar. Mostrava-se, por exemplo, que a disponibilidade interna dos alimentos básicos consumidos no país era superior às necessidades diárias de calorias e proteínas de uma população equivalente à brasileira (dispunha-se de 3 280 Kcal e de 87 gramas de proteínas per capita, enquanto as recomendações da FAO eram de 2 242 kcal e 53 gramas de proteína).

Assim, ele demonstrava que as medidas para promover a erradicação da fome e a melhoria dos padrões nutricionais deveriam se concentrar em duas providências complementares. De um lado, enfatizar a prioridade nas políticas econômicas voltadas para o combate ao desemprego, a retomada do crescimento, e a melhoria dos padrões de remuneração do trabalhador. E, por outro, adotar medidas urgentes para reduzir a enorme distância que separava o preço recebido pelos produtores dos custos de aquisição dos alimentos básicos na rede do comércio urbano”⁸.

Com base nesses números, foi elaborado no Ipea o “Plano Nacional de Combate à Fome e à Miséria – Princípios, Prioridades e Mapas das Ações de Governo” – entregue ao Presidente da República em abril de 1993, e que propunha, como princípios, a solidariedade, a parceria e a descentralização⁹.

8 Idem: Mapa da Fome

9 Plano de Combate à Fome e a Miséria – Princípio, Prioridades e Mapa das Ações de Governo. IPEA Brasília, Abril de 1993.

Como espaço de interação entre o governo e a sociedade, foi criado o CONSEA, do qual participavam ministros de Estado e personalidades notáveis, identificadas com vários setores da sociedade civil e indicadas pela “Ação da Cidadania”. Com o CONSEA, foi inaugurada uma nova forma de articular as políticas públicas, ampliando a participação social nas ações governamentais.

Seus maiores logros foram no campo da assistência alimentar, o que pode ser aferido pela enorme mudança que os programas sofreram no período da sua vigência – 1993/1994. Em 1994, os recursos financeiros destinados aos programas, em relação à 1993, haviam mais que dobrado, alcançando valores próximos de meio bilhão de dólares. O tema da reforma agrária e da geração de emprego e renda, também fizeram parte da agenda do CONSEA, mas os resultados foram modestos.

O balanço, realizado pelo IPEA em dezembro de 1994, concluiu que a ação contra a fome foi credora de três grandes contribuições para tornar a sociedade brasileira mais democrática e justa: a) ter politizado o problema da fome; b) ter logrado uma mobilização da sociedade civil que teve poucos antecedentes na história recente (rompeu a inércia secular da sociedade diante do problema da fome); e, c) ter ampliado, através do CONSEA, a participação cidadã na formulação e controle das políticas públicas.

Mas não foi suficiente. Esse balanço também enfatizou o lado negativo da concentração em políticas compensatórias: “não promoveu a mobilização da sociedade civil e a influência do CONSEA na ação governamental não contribuiu para a formulação de políticas que gerassem mudanças estruturais que permitissem reduzir a necessidade de políticas compensatórias”. E conclui: “toda conquista social é relativa: avançou-se, mas poder-se-ia ter avançado mais”¹⁰.

Em meados da década, com a eleição de Fernando Henrique Cardoso, foi instituída, como compromisso de campanha, a Comunidade Solidária, com foco centrado no combate à pobreza. A fome saiu da cena principal e inserida, com ênfase, no elenco de problemas que afetam a pobreza. Assim foi que a Comunidade Solidária incorporou todos os programas definidos como prioritários no CONSEA e ampliou o leque de prioridades para incluir programas na área da saúde (combate à mortalidade infantil e

10 Balanço realizado pelo IPEA. Dez./94

saúde da família); da educação (reforço da merenda escolar, saúde do escolar, fornecimento de transporte e material didático); da moradia (habitação e saneamento); do desenvolvimento rural (apoio à agricultura familiar e reforma agrária); e, da geração de renda (qualificação profissional e crédito a micro empreendedores), com uma abordagem abrangente do problema da pobreza.

O que ficou da experiência da década de noventa, com tantas reviravoltas?

Entre 1990 e 1999, um contingente de 8,2 milhões de brasileiros havia saído da condição de extrema pobreza e 10,1 milhões da condição de pobreza. Portanto, mais de 18 milhões de brasileiros haviam saído da condição de extrema pobreza ou pobreza.

No entanto, o que os estudos apontam foi que, sem dúvida, o maior programa de combate à fome e à pobreza do período foi a estabilização monetária ocorrida em meados dos anos noventa, reforçando a tese de que os ganhos mais efetivos, em termos de garantia da alimentação, passam pela melhoria da renda e estas passam, fundamentalmente, pelas políticas da área econômica.

Apesar dos avanços, a década se encerrou com a presença de várias das dificuldades tradicionais nos programas de alimentação: falta de prioridade política (não chegaram a ser estratégicos na política de desenvolvimento do país), recursos insuficientes para garantir um atendimento mais adequado, ausência de uma política mais agressiva na área do abastecimento popular, falta de flexibilidade para atender as demandas das comunidades locais e de um efetivo controle e participação da sociedade.

Sob a ótica das políticas sociais de alimentação e nutrição, a década deixou um legado de experiências que também reforça a visão de que a melhoria dos programas de alimentação e nutrição requer integração e convergência das diversas políticas públicas; descentralização da execução dos programas; eliminação de superposições; mobilização, participação e controle social.

Já no período de campanha eleitoral, o Presidente Lula assumiu o compromisso com a erradicação da fome e, eleito, introduziu em cena, com toda prioridade de governo, o Programa Fome Zero, com Ministério específico e a reconstituição do CONSEA.

A estratégia do Fome Zero foi organizada em torno de 4 eixos, que refletiam o aprendizado do período anterior.

- Acesso aos alimentos;
- Fortalecimento da agricultura familiar;
- Geração de renda;
- Articulação, mobilização e controle social.

No primeiro Governo Lula, foram criados, retomados, aprimorados ou fortalecidos diversos programas historicamente considerados como fundamentais para uma política de alimentação e nutrição. A exemplo do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) fortemente defendido por aqueles envolvidos com a proposta de associar os programas públicos de abastecimento alimentar com programas de apoio à agricultura familiar.

Um passo nesse período foi a ampliação e o fortalecimento do programa da merenda escolar, o maior e mais antigo programa de alimentação do país, e a aprovação da Lei nº 11.947/2009ⁱ que determinava a utilização de, no mínimo, 30% dos recursos repassados pelo Governo Federal para a compra de produtos da agricultura familiar, com prioridade para assentamentos rurais, comunidades indígenas, tradicionais e quilombolas.

A unificação e ampliação dos programas de transferência de renda, com a criação do Bolsa Família e seu impacto na renda das famílias mais pobres e na economia local, também merece ser enfatizado.

Em 2011, com a instituição do Brasil sem Miséria, a fome volta a ser tratada no campo das políticas de combate à pobreza. Importante destacar que nesse período foram aprovados dois Planos Nacionais de Segurança Alimentar, com forte participação da sociedade civil, abrangendo um leque extenso de políticas públicas.

Ao longo das oito décadas que se seguiram as primeiras medidas adotadas para lidar com esse grave problema, o Brasil assistiu a períodos de avanços e retrocessos no enfrentamento do problema alimentar, mas os problemas nutricionais que afligem grandes parcelas da população ainda estão longe de ser equacionados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar, cabe anotar que os avanços no combate à fome no Brasil, especialmente nas últimas décadas, foram reconhecidos não só internamente como internacionalmente. Entre 2004 e 2013, a situação de insegurança alimentar grave nos domicílios caiu para menos da metade: passou de 6,9% para 3,2% e, em 2014, o Brasil saiu do Mapa Mundial da Fome. Mais uma vez, os resultados de diversos estudos apontam que muito dos avanços no período devem ser atribuídos ao crescimento econômico e à valorização do salário mínimo.

Assim, era de se esperar que, a partir de 2014, com a reversão do ciclo econômico e a decorrente redução de recursos para a área da segurança alimentar, ocorresse um novo período de agravamento do problema da fome e da insegurança alimentar no país.

Os novos dados divulgados pelo IBGE mostram que a insegurança alimentar que em 2013 ainda era significativa e atingia 22,6% dos domicílios brasileiros, em 2017-2018, subiu para 36,7%, indicando que cerca de 84,9 milhões de pessoas, nesses dois anos, enfrentavam algum tipo de dificuldade alimentar, sendo que para 10,3 milhões delas a insegurança alimentar era grave.

Com a pandemia, o número de brasileiros em situação de carência alimentar grave subiu para 19,1 milhões de brasileiros, segundo pesquisa sobre “Insegurança Alimentar e COVID-19 no Brasil”, realizada pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN, 2020)¹¹. Ainda na mesma pesquisa da Rede PENSSAN, em 2020 convivemos com um contingente de cerca e 27.1 milhões de pessoas sob condições de extrema pobreza.

Apesar do agravamento do problema e do tema do combate à Fome entrar novamente na pauta da sociedade, agora não se vê nenhuma reação do governo no sentido de demonstrar interesse em estruturar uma política efetiva de segurança alimentar e combate à fome. O próprio auxílio emergencial, que sem dúvida é fundamental, tem sido implementado de forma errática, e não faz parte de uma política estruturada

11 “Insegurança Alimentar e COVID-19 no Brasil”. FORMULAÇÃO, REALIZAÇÃO E COORDENAÇÃO Rede PENSSAN. 2021 Disponível em: <http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf>.

de segurança alimentar. Portanto, não há espaço para acomodação, pelo contrário, o momento é de indignação.

Em resumo, qual a lição que extraímos dessa história e qual o caminho a ser trilhado para avançarmos no rumo do futuro? Baseamo-nos na experiência e no conhecimento adquirido pelo Brasil nessa área para recomendar o desenho das políticas estruturantes de segurança alimentar e nutricional, realizadas com a participação da sociedade civil, organizadas em torno dos seguintes eixos:

1. O estímulo à produção de alimentos saudáveis e sustentáveis, com o apoio especial à agricultura familiar, Povos e Comunidades Tradicionais e outros grupos sociais vulneráveis no meio rural;
2. A garantia de acesso a uma alimentação adequada, incluindo o acesso à água, envolvendo programas de garantia de renda, programas emergenciais de distribuição de alimentos, de refeições, inclusive programas de abastecimento popular em periferias urbanas, sendo que os programas emergenciais podem ter impacto ampliado a depender do processo de aquisição de alimentos;
3. A integração dos programas de acesso à alimentação ao acesso aos demais serviços sociais, especialmente saúde, nutrição, educação e saneamento;
4. A descentralização das ações, e articulação em regime de cooperação, entre as esferas de governo e a sociedade.

Em suma, o que experiência nos ensinou é que o sucesso de iniciativas voltadas para garantir a segurança alimentar e nutricional das populações pobres está fortemente associado a políticas econômicas voltadas para o estímulo ao crescimento, ao combate ao desemprego e à melhoria dos padrões de remuneração dos trabalhadores.

PARTE II
TEXTOS
INÉDITOS



1
**SEGURANÇA
ALIMENTAR
NA PANDEMIA
DE COVID-19:
LIÇÕES APRENDIDAS
E DESAFIOS
PARA A ASSISTÊNCIA
NUTRICIONAL**

Maria do Carmo Pinho Franco

Fernanda Thomazini

Anni Lei

Anna Maria Medeiros Peliano

Semíramis Martins Álvares Domene

Ana Lydia Sawaya

Mariangela Belfiore Wanderley

Cláudia Maria Bógus

Maria Paula de Albuquerque

A pandemia do novo coronavírus Sars-COV-2, nomeada como Covid-19, levou à trágica perda de milhões de vidas humanas com profundas consequências sociais e econômicas, amplificando as desigualdades sociais e contribuindo para o aprofundamento do quadro de insegurança alimentar e nutricional no Brasil (Inquérito, 2022), como em outras partes do planeta (Swinnow; McDermott, 2020).

Estudo realizado pela Unicef em parceria com o Ibope, que teve como objetivo identificar os impactos primários e secundários das medidas de prevenção contra a Covid-19 na vida de crianças e seus familiares, observou que a crise desencadeada pela pandemia impactou, de forma negativa, a renda dos brasileiros. Esse estudo contou com a participação de 1.516 indivíduos de todo o Brasil, que foram entrevistados no período de 3 a 18 de julho de 2020. Dos respondentes, 52% eram mulheres; 40% residiam com crianças e/ou adolescentes; 49% se autoidentificaram como brancos; 45% como pardos; e 11% como negros. A região Sudeste foi a que apresentou maior percentual de respostas. Em relação à renda familiar, 32% da amostra recebia entre 1 e 2 salários-mínimos, sendo que 64% dos respondentes estavam trabalhando antes das restrições impostas pela pandemia e no momento que foi realizada a pesquisa essa proporção apresentou decréscimo de 14%. Além disso, 55% dos respondentes mencionaram diminuição significativa na renda familiar, e em famílias com crianças e adolescentes esse percentual sobe para 63%, o que demonstra a iniquidade social dos efeitos da pandemia (Unicef, s.d.).

Outro aspecto importante abordado na pesquisa da Unicef/Ibope foi a avaliação do papel dos governos federal, estadual e municipal em apoiar as famílias vulneráveis no contexto da pandemia. Foi constatado que os programas Bolsa Família e Auxílio Emergencial foram relevantes para a composição da renda das famílias, especialmente aquelas compostas por crianças e/ou adolescentes. Verificou-se que quase a metade da população brasileira com 18 anos ou mais solicitou ou reside com alguém que solicitou o auxílio emergencial (46%), o que corresponde a cerca de 72 milhões de brasileiros. Esse percentual não é homogêneo, sendo maior entre residentes com crianças e adolescentes (52%) do que entre os não residentes (42%). Entre os que solicitaram, cerca de 75% receberam o auxílio emergencial, aproximadamente 54 milhões de pessoas, proporção que chegou a 40% entre residentes com crianças ou adolescentes, frente a um percentual de 30% entre não residentes (Unicef, s.d.). Esses números demonstram a importância da expansão e do fortalecimento desses programas de proteção social para prover, ainda que de forma insuficiente, o acesso a bens e serviços por parte das pessoas em situação de vulnerabilidade, especialmente crianças e adolescentes.

Como era de esperar, a redução da renda familiar impactou de forma negativa tanto a questão do acesso quanto da qualidade do alimento, especialmente naquela população mais vulnerável pertencente às classes D e E (Unicef, s. d.). Nos primeiros cinco meses da pandemia, 33 milhões de brasileiros passaram por alguma situação em que os alimentos acabaram e não tinha dinheiro para comprá-los (ibidem). Desses, 9 milhões deixaram de fazer alguma das refeições por falta de recursos para aquisição de alimentos e 1.7 milhão de famílias compostas por crianças e/ou adolescentes deixaram de comer (ibidem).

Em relação ao acesso a programas de distribuição de alimentos, seja pelo governo, seja por instituições religiosas/sociedade civil, 92% dos respondentes disseram não ter recebido qualquer tipo de ajuda e não ter participado de nenhum programa de distribuição de alimentos (ibidem). No momento da aplicação do estudo, 49% dos respondentes relataram mudanças nos hábitos alimentares da família, e essa mudança foi maior naquelas com crianças e/ou adolescentes (58%) (ibidem). Essa mudança se reflete no maior consumo de alimentos industrializados em detrimento ao consumo de alimentos in natura ou minimamente processados (ibidem). Esses dados revelam um cenário caótico que a pandemia da Covid-19 impôs sobre grande parcela da população brasileira, agravando o problema da desigualdade de renda, de acesso ao alimento e, especialmente, no acesso aos alimentos de qualidade.

Iniciativas para mitigar o avanço da fome

O cenário exposto no estudo da Unicef/Ibope levantou a questão de como o poder público pode, em caráter emergencial, minimizar os efeitos da insegurança alimentar sobre as populações mais vulneráveis em todo o Brasil, e de forma estruturante reverter esse cenário.

Nesse sentido, é exemplar a experiência construída em Belo Horizonte (MG). Belo Horizonte, evidentemente, não se distancia da realidade de outras capitais e municípios brasileiros que, desde antes da pandemia de Covid-19, vinha apresentando crescimento (in)sustentável da pobreza e a ampliação no número de pessoas em situação de rua.

A cidade de Belo Horizonte está inserida em uma Região Metropolitana com quase 6 milhões de habitantes e conta com uma política consolidada de segurança alimentar e nutricional há mais de 27 anos. Nessa história, a gestão de temas relacionados à agroecologia, à agricultura urbana e familiar, ao abastecimento e à comercialização, à assistência e educação alimentar, foi construída por meio de ações intersetoriais e do estímulo à participação social (Revista Alimenta, s.d.).

No contexto das restrições impostas pela pandemia de Covid-19, a rápida atuação do poder público com a organização dos

instrumentos permitiu que Belo Horizonte desenvolvesse estratégias para a reordenação dos serviços integralizando a saúde e a assistência social para a manutenção e ampliação do atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade garantindo o direito à alimentação durante o primeiro ano de pandemia. Várias ações foram traçadas, valendo o destaque para a ampliação e reordenação do banco de alimentos e dos restaurantes populares. Esse primeiro foi responsável pela distribuição de alimentos em caráter emergencial e complementar às famílias vulneráveis, enquanto os restaurantes populares forneceram refeições em marmitex.

Essa abordagem resultou na doação de 344 toneladas de alimentos e no fornecimento de 1.426.180 refeições, e dessas, 528.492 foram voltadas à população em situação de rua (ibidem). Outra abordagem importante foi a instituição de um programa para o fornecimento de cestas básicas. Esse se destaca de outros, já que foi criada uma plataforma online que congregou o cadastro de diferentes setores do município na tentativa de mapear as famílias mais vulneráveis. Outro ponto importante foi a forma de distribuição das cestas, uma vez que o beneficiário recebia um número de voucher e iria ao supermercado mais próximo da sua casa para a retirada da cesta de alimentos. Essa iniciativa não só organizou a distribuição do benefício, mas evitou tanto as aglomerações em pontos fixos de distribuição quanto o deslocamento desnecessário das famílias, resultando na distribuição de 2.660.119 cestas em um período de apenas 8 meses (ibidem).

As organizações da sociedade civil também se mobilizaram para mitigar o avanço da fome frente à emergência sanitária imposta pela pandemia da Covid-19. Um exemplo disso foi observado na cidade de São Paulo, onde o Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren) desempenhou papel importante realizando o acompanhamento das famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica. O primeiro passo no plano de contingência do Cren frente à pandemia foi manter a oferta de cuidado da criança mal nutrida iniciando o processo de teleatendimento, uma vez que com o agravamento das condições econômicas impostas pela pandemia já se esperava o aumento da prevalência de subnutrição nessa população “invisível”. Foi imperativo aos equipamentos de saúde, educação e assistência social o reconhecimento da criança em insegurança alimentar para a prevenção de desvios nutricionais.

A implantação do teleatendimento propiciou à equipe do Cren realizar o diagnóstico de como as famílias estavam lidando com a nova realidade imposta pela pandemia de Covid-19. Foi feito o levantamento de como esse desafio estava sendo enfrentado, especialmente em relação às questões de insegurança alimentar. Como instrumento avaliativo foi utilizada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Ebia) e após análise das condições atuais de renda, juntamente com o risco de insegurança alimentar, uma parte das fa-

mílias foi elencada como prioritária para o atendimento domiciliar. O principal foco eram as famílias com crianças menores de 5 anos que já apresentavam antes da pandemia um quadro nutricional de magreza e/ou baixa estatura e que haviam sido diagnosticadas nesse momento em situação de insegurança alimentar.

O atendimento domiciliar foi realizado por duplas de profissionais do Cren compostas por nutricionistas, pediatras, profissionais de educação física e psicólogos, sem adentrar o domicílio conforme as orientações das autoridades sanitárias. Durante o atendimento domiciliar, além das orientações sobre saúde da criança e dos seus familiares, foram entregues alimentos não perecíveis, materiais de limpeza e de higiene. Além disso, foram doados brinquedos, livros e jogos para a redução do tempo de tela e interação dos cuidadores e suas crianças.

Importante medida foi retirar das cestas as bolachas recheadas, achocolatados e outros produtos ultraprocessados. Juntamente aos alimentos perecíveis foram entregues ovos, frutas, legumes e sacolas verdes, oriundas da parceria com agricultores familiares urbanos dos territórios periféricos onde o Cren habitualmente oferece assistência.

Essa iniciativa é de extrema importância, uma vez que a presença do agricultor familiar urbano ainda é pouco difundida nos territórios. A experiência demonstrou que a intervenção em saúde pode ocorrer de forma mais ampla, em que o processo educativo, a sustentabilidade e a valorização do território podem ser considerados como importante e rica fonte de recursos humanos e materiais.

A composição da sacola verde levou em conta o que o agricultor familiar urbano já cultivava e a sazonalidade dos alimentos. Ela foi composta basicamente por uma verdura para salada, uma verdura para refogar, uma folha de tempero e uma Planta Alimentícia Não Convencional (Panc). A inovação do Cren foi a inclusão das Panc, que são de fácil plantio, resistentes, podendo ser cultivadas em casa. O preparo é fácil e de alto valor nutritivo, sendo grandes aliadas da boa nutrição. O intuito de fornecê-las às famílias foi de favorecer a diversidade da alimentação e o resgate à cultura alimentar.

Portanto, essa intervenção considerou para além do acesso quantitativo aos alimentos, o aspecto qualitativo, ao oferecer alimentos orgânicos e in natura. Para melhor aproveitamento da sacola verde foram produzidas receitas culinárias de fácil preparo e distribuídas para as famílias por meios impressos e vídeos por aplicativo de mensagens, com o objetivo de favorecer o consumo dos alimentos que compunham a cesta, com maior ênfase para o preparo das Panc e leguminosas. Essa troca de experiências e receitas culinárias foi ponto importante de vinculação e relacionamento com os pais e cuidadores. Mesmo em um cenário desfavorável, durante os atendimentos domiciliares, criou-se a possibilidade de

práticas de educação alimentar e nutricional em caráter horizontal.

Essa abordagem inédita do Cren beneficiou 464 famílias com a entrega de 2.283 cestas de alimentos associadas ao atendimento nutricional domiciliar no período que se estendeu de abril a outubro de 2020. O processo de busca ativa das crianças, que muitas vezes residiam em áreas consideradas como “vazios assistenciais”, foi de fundamental importância não só para a criança, mas para seus irmãos e pais, como um espaço de escuta, diagnóstico e cuidado da família em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

As desigualdades que já existiam antes da pandemia se tornaram marcantes em 2020, revelando um Brasil bastante heterogêneo, com vários perfis periféricos e diferentes cenários de exclusão, inclusive o digital. Como descrito neste texto, algumas iniciativas bem-sucedidas do poder público, bem como das organizações civis foram essenciais e eficazes para atenuar os efeitos deletérios da pandemia sobre os aspectos de segurança alimentar e o acesso a serviços de saúde em uma parcela da sociedade brasileira que vive em situação de vulnerabilidade socioeconômica e civil.

Agradecimentos

Aos palestrantes do XII Seminário Serviço, Pesquisa e Política Pública, promovido pelo Grupo Nutrição e Pobreza: Liliana Chopitea Cristina Albuquerque e Darklane Rodrigues Dias.

Referências

1. INQUÉRITO Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. <https://pesquisassan.net.br/olheparaafome/>. Acessado em: 5 maio 2022.
2. SWINNEN, J.; MCDERMOTT, J. (Ed.) Covid-19 and global food security. Washington, DC: International Food Policy Research Institute (IFPRI), 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.2499/p15738coll2.133762>>
3. UNICEF - Impactos Primários e Secundários da Covid-19 em Crianças e Adolescentes Relatório de análise 1ª Onda. S. d. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/media/11331/file/relatorio-analise-impactos-primarios-e-secundarios-da-covid-19-em-criancas-e-adolescentes.pdf>>.
4. REVISTA ALIMENTA – Revista de segurança alimentar e nutricional da Prefeitura de Belo Horizonte. S. d. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/smasac/2021/SUSAN/susan_revista-alimenta_20210426.pdf>

Resumo:

O texto, fruto do XII Seminário promovido pelo grupo Nutrição e Pobreza do IEA da USP, sintetiza dados e experiências apresentadas sobre (in)Segurança Alimentar e Nutricional durante a pandemia de Covid19. A Unicef apresenta dados de pesquisa com expressiva piora no acesso e na

qualidade da alimentação de crianças e adolescentes em todo país. O Cren traz inovação no cuidado de crianças desnutridas com o fortalecimento da agricultura familiar urbana nas periferias de São Paulo e a secretaria de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) de Belo Horizonte compartilha as iniciativas para mitigar o avanço da fome favorecendo políticas públicas de SAN e os desafios encontrados. A produção qualificada de dados e iniciativas do poder público e da sociedade civil para mitigar a fome foram essenciais para atenuar os efeitos da pandemia sobre a SAN.

Palavras-chave: Covid19, Insegurança alimentar, criança, desnutrição.

Abstract:

As a result of the XII Seminar on Service, Research and Public Policy of the Nutrition and Poverty research group of the IEA at USP, this text summarizes the data and experience reports presented on Food and Nutrition (in)Security during the Covid19 pandemic. Unicef presents its research data with a significant deterioration both in access and in the quality of food for children and adolescents in all country. Cren reports innovation in the care of malnourished children in the outskirts of São Paulo and the Secretary of Food and Nutrition Security of Belo Horizonte shares the initiatives to mitigate the advance of hunger and the challenges encountered. The qualified production of data and initiatives by the government and civil society to mitigate hunger were essential to decrease the deleterious effects of the pandemic on FNS.

Keywords: Covid19, Food insecurity, child, malnutrition.

Sobre as autoras

Maria do Carmo Pinho Franco é biomédica e professora associada do Departamento de Fisiologia da Universidade Federal de São Paulo. Integrante do grupo de pesquisa Nutrição e Pobreza do IEA-USP. mariadocarmo.franco@gmail.com

Fernanda Thomazini é mestranda do programa de medicina translacional do departamento de fisiologia da Unifesp.

Anni Lei é aluna do curso de enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem da Unifesp.

Anna Maria Medeiros Peliano era graduada em Ciências Sociais, pesquisadora do Instituto de Pesquisa Econômica (IPEA) e Coordenadora do grupo de Nutrição e Pobreza do IEA-USP.

Semíramis Martins Álvares Domene é nutricionista e professora associada livre-docente no curso de Nutrição, Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo. Vice-coordenadora do grupo de pesquisa Nutrição e Pobreza do IEA-USP. semiramis.domene@unifesp.br

Ana Lydia Sawaya é bióloga e professora aposentada do Departamento de Fisiologia, Disciplina de Fisiologia da Nutrição da

Universidade Federal de São Paulo. Integrante do grupo de pesquisa Nutrição e Pobreza do IEA-USP. al.sawaya@yahoo.com.br

Mariangela Belfiore Wanderley é graduada em Serviço Social e professora associada do Departamento de Serviço Social, Faculdade de Ciências Sociais, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Membro do Grupo de Pesquisa Nutrição e IEA-USP. mariangela.belfiore@gmail.com

Cláudia Maria Bógus é pedagoga, professora associada da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e membro do Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza do Instituto de Estudos Avançados (IEA) da Universidade de São Paulo (USP). claudiab@usp.br

Maria Paula de Albuquerque é pediatra nutróloga e diretora clínica do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren)/Unifesp. Membro do grupo de pesquisa Nutrição e Pobreza do IEA-USP. saude_vm@cren.org.br

2 A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM PROL DO FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL PARA O ENFRENTAMENTO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Cláudia Maria Bógus

Ana Lydia Sawaya

Maria Paula de Albuquerque

Mariangela Belfiore Wanderley

Maria do Carmo Pinho Franco

Nassib Bezerra Bueno

Esther Letícia Amorim Ribeiro

Semíramis Martins Álvares Domene

Introdução e metodologia

Este texto deriva do XIII Seminário Serviço, Pesquisa e Política Pública promovido conjuntamente pelo Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza e pelo Grupo de Estudos Saúde Planetária, ambos do IEA/USP, em setembro de 2021, no formato remoto (online) em razão da pandemia de Covid-19.

A proposta do evento “O aumento da fome frente à fragilidade da democracia: perspectivas para o fortalecimento da participação social” foi abordar e discutir como a desigualdade pode afetar a democracia e quais os mecanismos e ações possíveis para a preservação e recuperação das instituições e instâncias democráticas na perspectiva de fortalecer especialmente o papel dos conselhos municipais e estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional. O formato do evento contemplou três temas: (1) O Cenário da Insegu-

rança Alimentar no Brasil; (2) O agravamento da fome no contexto do esgarçamento social e dos rumos da gestão pública; e (3) A Importância da representatividade da sociedade civil para o controle social das políticas de segurança alimentar e nutricional. Em cada um dos temas houve a apresentação de um pesquisador convidado seguido de comentários por um estudioso da temática.

Inicialmente, Ana Maria Segall Corrêa¹ apresentou dados referentes ao Inquérito sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia de Covid-19 no Brasil² realizado no final do ano de 2020 por iniciativa da Rede Brasileira de Pesquisadores em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN)³. A seguir Luciana Yuki Tomita⁴ fez comentários sobre os dados apresentados utilizando-se também de resultados obtidos em estudo desenvolvido pelo Instituto *Food for Justice* Brasil em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais e com a Universidade de Brasília abordando também questões relacionadas com a Sindemia Global.⁵

Na sequência, Ladislau Dowbor⁶ tratou da importância de uma produção científica cidadã que sustente a definição de políticas públicas de interesse da sociedade. Os comentários de Mariangela Belfiore Wanderley⁷ recuperaram trecho do livro Quarto de despejo de Carolina Maria de Jesus para reiterar que a fome é um problema recorrente na sociedade brasileira e que é preciso considerar e enfrentar a formação sócio-histórica brasileira para explicar e para superar a situação de desigualdade em que vivemos.

Finalmente, Elisabetta Gioconda Iole Giovanna Recine⁸ abordou a questão da participação social discorrendo sobre as

1 Pesquisadora colaboradora do Programa de Alimentação, Nutrição e Cultura da Fiocruz Brasília.

2 O relatório final do Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar e Nutricional no Contexto da Pandemia de Covid-19 no Brasil (2021) está disponível em: <<https://olheparaafome.com.br/>>. No final de 2021 foi realizado o segundo Inquérito sobre Insegurança Alimentar e Nutricional no Contexto da Pandemia de Covid-19 no Brasil (2022) pela Rede PENSSAN. O relatório final também está disponível em <https://olheparaafome.com.br/>.

3 A Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional - Rede PENSSAN - foi formalizada em 2017 no III Encontro Nacional de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional ocorrido em Curitiba no Paraná.

4 Professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva, Unifesp.

5 Sindemia global é um conceito que engloba três pandemias, da obesidade, desnutrição e mudanças climáticas, que interagem entre si, compartilham determinantes comuns e influenciam mutuamente a sociedade. Este conceito foi apresentado em um relatório - A Sindemia Global da Obesidade, Desnutrição e Mudanças Climáticas - produzido pela Comissão de Obesidade da revista científica *The Lancet* e divulgado em 2019.

6 Professor titular da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

7 Professora associada do Departamento de Serviço Social da Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e membro do Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza do IEA/USP.

8 Professora adjunta e coordenadora do Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília.

consequências e implicações da extinção do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional nacional ocorrida em 2019. Depois disso Maria Paula de Albuquerque⁹ trouxe o relato da experiência do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren) com o estabelecimento de articulação e parcerias para fortalecimento de cadeias curtas para o fornecimento de alimentos orgânicos para as crianças e famílias atendidas pelos seus serviços.

O cenário da insegurança alimentar no Brasil

O inquérito sobre Insegurança alimentar no contexto da pandemia do Covid-19 no Brasil foi realizado no final do ano de 2020 por iniciativa da Rede PENSSAN para cobrir uma lacuna de conhecimento sobre a questão da Insegurança Alimentar e o objetivo principal foi trazer ao debate a situação da fome no Brasil no contexto da pandemia de Covid-19.

A Rede PENSSAN nasceu como uma demanda do II Encontro Nacional de Pesquisa em SAN (2016) e sua criação foi capitaneada pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea Nacional) com a realização do primeiro encontro da Rede em 2017, ao final do III Encontro Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. A Rede é interdisciplinar e constituída por um número grande de pesquisadores de universidades, organizações não governamentais, e institutos de pesquisa de diversas naturezas e, portanto, ela conta com participantes de vários setores da sociedade. A diretriz central que está por trás da sua criação é a necessidade de produzir conhecimento sobre a situação de populações que estão fora das estatísticas oficiais, de forma a orientar as políticas públicas, com informações provenientes de diferentes abordagens, perspectivas e saberes.

É importante destacar que a segurança alimentar é a realização de um direito que está consagrado em nossa Constituição. A insegurança alimentar, nessa perspectiva, é uma violação desses direitos. Os resultados vêm mostrando que grande contingente da população brasileira (9%) sofre de insegurança alimentar grave e de fome.

O IBGE utiliza a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Ebia) para mensurar a segurança e a insegurança alimentar desde 2004. É uma escala psicométrica com 14 itens. O inquérito realizado no final do ano de 2020 utilizou uma escala simplificada de 8 perguntas, consistente e validada, para facilitar sua aplicação. Para classificar a segurança alimentar e os graus de insegurança alimentar em leve, moderada e grave estabelece-se um escore para cada domicílio, a partir da contagem das respostas positivas a essas perguntas.

⁹ Gerente geral clínica do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren) e membro do Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza do IEA/USP.

Considera-se que a família está em segurança alimentar quando tem acesso a todo tipo de alimento, de maneira diversificada e com estabilidade, ou seja, as pessoas não se preocupam com a possibilidade de não ter comida em casa, nem ter que restringir a compra de diferentes tipos de alimentos. Os resultados mostram que na presença de insegurança moderada, as famílias desenvolvem estratégias, especialmente os pais, para comerem menos para deixar comida para as crianças, o que representa uma situação já bastante cruel. Ao passo que na insegurança alimentar grave a insuficiência de alimentos atinge toda a família.

Os dados da pesquisa realizada pela Rede em 2020 foram desagregados para as quatro grandes regiões do Brasil porque, por razões de custo, foi necessário unir as regiões Sul e Sudeste, deixando Norte e Nordeste e Centro-Oeste separados. A amostra foi de 2.180 domicílios para cobrir os 26 estados e as áreas rural e urbana do país, mas, infelizmente, sem desagregar para os estados, só mesmo para as grandes regiões e áreas rural e urbana.

Realizou-se o inquérito com o apoio de instituições nacionais e internacionais. A execução do trabalho de campo foi do Instituto Vox que representou uma parceria frutífera e extensa.

Esperava-se encontrar uma situação muito grave, dadas as condições da pandemia e dado o fato de já estar ocorrendo uma degradação do acesso aos alimentos pela população brasileira a partir da eliminação ou da insuficiência das políticas públicas, o que já vinha ocorrendo desde 2015-2016. Os resultados, porém, surpreenderam ao mostrar que a maioria da população brasileira (55%) possuía algum grau de insegurança alimentar. Dentre esses, 19 milhões de brasileiros estavam em situação de insegurança alimentar grave e sofriam fome. E apenas 18% da população encontrava-se em situação de segurança alimentar. Destaca-se também a questão da água que é um forte componente da insegurança alimentar e com o desmantelamento das políticas públicas no setor neste período a situação neste quesito também foi agravada.

Outras grandes desigualdades observadas ocorreram quando se compararam as áreas rural e urbana, e as diferentes regiões. Os dados indicaram que somente um terço da população nas regiões Norte e Nordeste estava em situação de segurança alimentar, com o direito de acesso aos alimentos assegurado. A fome na região Norte atingia 18% da população e na região Nordeste, quase 14%. Nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste a situação era melhor, mas também nada confortável. No Sul e Sudeste havia um pouco mais de 50% da população com segurança alimentar e um pouco menos da metade na região Centro-Oeste.

Sabe-se que a renda é um determinante para garantir acesso aos alimentos. Os dados encontrados revelaram que entre as famílias em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda menor que um quarto do salário-mínimo *per capita*, a condição de abastecimento é proporcional ao aumento do poder de compra das famí-

lias. Um resultado muito importante foi o fato de que quando essas famílias possuem renda superior a um salário-mínimo *per capita*, desaparece a situação de insegurança alimentar moderada e grave. Ou seja, para proteger as pessoas da fome, as evidências encontradas indicam que são essenciais programas de transferência de renda com piso em torno de um salário-mínimo *per capita*.

Outro fator fortemente associado à renda é a situação de emprego e trabalho. A pesquisa mostrou que a insegurança alimentar grave era quatro vezes superior entre aqueles que tinham situação informal de trabalho em relação aos que tinham trabalho formal. No caso dos desempregados, a diferença em relação aos que tinham trabalho formal era de seis vezes. As desigualdades relacionadas a gênero, raça/cor também foram muito importantes: quando o responsável pelo domicílio era mulher, a insegurança alimentar grave era de 11%; ao passo que, quando o responsável era do sexo masculino, o valor encontrado foi 7,7%; e quando a pessoa se autodeclarava preto ou pardo, a prevalência de insegurança alimentar grave era quase 11%, ao passo que entre os brancos era de 7,5%.

As estimativas de Segurança/Insegurança Alimentar apontadas no inquérito VigiSAN e nos inquéritos nacionais reanalisados mostram que as opções de políticas sociais e econômicas são os grandes determinantes do que acontece ao final com o direito humano à alimentação da população brasileira.

Entre 2004 e 2013, que foi a última mensuração feita pelo IBGE, por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), vê-se que a segurança alimentar aumentou de forma muito expressiva e diminuíram todas as formas de insegurança alimentar, inclusive a fome, caindo para menos da metade. A crise política, a partir de 2015, e que culminou com o impeachment da presidenta Dilma Rousseff em 2016, desencadeou, de forma abrupta, a redução acentuada da segurança alimentar e o aumento da insegurança alimentar, como observado pela pesquisa realizada em 2020 pela Rede PENSSAN.

A análise da relação entre a presença do auxílio emergencial e os níveis de segurança/insegurança alimentar (Brasil, 2020) mostra claramente de que forma as escolhas quanto às políticas e programas de cuidado dirigidas à população repercutem sobre a situação alimentar. Por exemplo, nos domicílios que contavam com o auxílio emergencial no valor de R\$ 300,00/família em 2020 (que correspondia à metade do que havia sido proposto inicialmente: R\$ 600,00 em média) encontrou-se maior prevalência de insegurança alimentar grave. Ou seja, os dados da pesquisa indicam que é necessário um auxílio com valores maiores para que sejam capazes de reduzir a fome. É preciso, também, recompor políticas sociais que sejam, sobretudo, recriar os canais de debate democrático tão necessários no Brasil e recompor os canais participativos, principalmente com o retorno do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional-Consea nacional.

Comentário

Luciana Yuki Tomita¹⁰

Os dados do Inquérito sobre [In]Segurança Alimentar no Contexto da Pandemia de Covid-19 no Brasil são semelhantes aos encontrados pelo Inquérito Nacional organizado e realizado pelo Instituto Food for Justice Brasil, com a parceria dos pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais e da Universidade de Brasília.

Esse Inquérito Nacional foi conduzido entre os meses de novembro e dezembro de 2020, por telefone, com amostra probabilística de 2 mil pessoas, segundo sexo, idade, escolaridade e região. O questionário para diagnosticar a insegurança alimentar foi a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Ebia), versão resumida, composta por 8 questões referentes aos últimos três meses, assim correspondendo ao mesmo período da pesquisa feita pela Rede PENSSAN em 2020. Nesse inquérito 59% dos domicílios encontravam-se em situação de insegurança alimentar, sendo 32% em insegurança alimentar leve; 13%, moderada; e 15%, grave. Em relação à prevalência de fome, os dados foram um pouco superiores aos encontrados pela Rede PENSSAN. Observou-se o dobro da prevalência de fome nos domicílios chefiados por mulheres, triplo em domicílios chefiados por pessoas de raça e cor preta, e dobro em parda. E quanto maior o número de moradores no domicílio, a presença de crianças e adolescente e menor renda, maior a prevalência de insegurança alimentar. As famílias que sofreram redução de renda durante a pandemia apresentaram o dobro de fome. A fome atingiu 29% dos domicílios da região Norte, 22% na região Nordeste, enquanto na região Sul e Sudeste, 11%. A prevalência de fome na zona rural foi o dobro em relação à zona urbana.

Quanto aos auxílios sociais, o auxílio emergencial foi usado por 63% dos entrevistados para a compra de alimentos. Mesmo com o recebimento do auxílio, a prevalência da fome entre essas famílias foi o triplo em comparação com as famílias que não faziam jus ao benefício. Entre os receptores de bolsa família, perto de 60% encontravam-se em insegurança alimentar moderada e grave. Portanto, observa-se que os auxílios sociais protegeram as famílias das formas mais graves de insegurança alimentar, no entanto, mostraram-se insuficientes para garantir a segurança alimentar, conforme também mostrou o Inquérito conduzido pela Rede PENSSAN.

Em relação ao padrão alimentar, antes da pandemia, entre os domicílios em situação de insegurança alimentar, o consumo de hortaliças, legumes, frutas e carnes já era irregular e foi reduzido durante a pandemia, inclusive feijão e tubérculos. Durante a pandemia, a inflação nos preços de itens importantes da cesta básica

10 Professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.

como óleo de soja, arroz, batata, tomate, frutas e carnes, corroeram o poder de compra do brasileiro, incluindo o preço do botijão de gás que aumentou em torno de 40%.

As crises políticas e econômicas, vividas a partir de 2015, com a flexibilização e depreciação de direitos sociais (alterações nas legislações trabalhista e previdenciária, diminuição e restrição dos programas de transferência de renda, como bolsa família e benefício de prestação continuada), como justificativa da austeridade fiscal, causaram o não atendimento do direito humano à alimentação adequada. Também contribuíram para essa situação o baixo investimento e o enfraquecimento em importantes políticas e programas, como o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), políticas que foram exitosas e reconhecidas mundialmente e que contribuíram para a erradicação da fome e a saída do Brasil do mapa da fome da *Food and Agriculture Organization* (FAO) em 2014. Também ocorreram retrocessos institucionais e orçamentários na agenda específica da Segurança Alimentar e Nutricional antes da pandemia junto com a extinção do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional Nacional em 2019; a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan) que não foi operante, a Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional que não foi realizada e o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional que não foi implementado, acabaram comprometendo o monitoramento das violações ao direito humano à alimentação adequada no contexto da pandemia de Covid-19 nos anos 2020 e 2021.

Também é possível observar que a inequidade no acesso a alimentos saudáveis está associada à má nutrição como desnutrição e obesidade. Vive-se atualmente a Sindemia Global; a interação das pandemias de obesidade e de desnutrição com as mudanças climáticas, considerada como epidemia global pelo rápido crescimento e dano extenso à saúde planetária. Essas pandemias coexistem no tempo e no espaço, interagem entre si, compartilham fatores sociais e econômicos em comum. As causas dos determinantes em comum dessas pandemias são os interesses comerciais de um sistema agroalimentar global e hegemônico, a inércia das lideranças políticas e a insuficiente ação da sociedade em geral.

Como combater a Sindemia Global? Como garantir a segurança alimentar? As ações para o combate da Sindemia dependerão de ações multifatoriais, com o enfrentamento dos fatores sociais, políticos, socioeconômicos e comerciais, mas o esforço conjunto poderá impactar positivamente. Sabe-se que o consumo excessivo de carne está associado ao câncer colorretal e à obesidade, e a indústria pecuária é responsável pela produção de gás metano, associado ao efeito estufa e aquecimento global. Reduzindo-se o consumo de carne, grandes extensões de pasto poderão ser destinadas para a agricultura justa, limpa e sustentável. Outro alvo é o sistema

de transporte que, atualmente, é baseado em veículos automotores utilizando combustível fóssil que contribui para a emissão de gás. Investimento em meios de transporte mais ecológicos, transporte público, bicicleta ou a pé, contribuirá para melhor qualidade de vida, aumento do gasto energético e controle de peso. Incentivando a produção de hortaliças e frutas próxima das cidades e hortas urbanas comunitárias e domésticas poderá haver maior acesso a alimentos frescos, com menor despesas no transporte. O estímulo à compostagem dos resíduos orgânicos permitirá a redução no volume destinado a aterros sanitários e será possível a produção de substrato a ser utilizado em hortas.

Com relação à atuação da sociedade, os consumidores podem fazer escolhas mais sustentáveis. E os profissionais de saúde podem conversar com seus pacientes sobre os hábitos alimentares, pois a principal causa de morte prematura é a má nutrição. Deve-se difundir as informações contidas no Guia Alimentar para a População Brasileira. Todos devem participar dessa empreitada, como eleitores, funcionários, empresários, gestores, cidadãos. É preciso cobrar dos gestores públicos políticas intersetoriais envolvendo Ministérios do Desenvolvimento Social, do Trabalho, da Educação e da Saúde, com o fortalecimento de políticas exitosas de como a PAA e o PNAE. Assim é possível reduzir a pobreza, as inequidades e garantir direitos humanos. O surgimento do vírus Sars-COV-2 reverberou nos sistemas alimentar, social, educacional, econômico, e nos setores de transporte e de energia, demonstrando suas relações e conexões.

Os gestores públicos podem reduzir os incentivos a alimentos e bebidas ultraprocessados, redirecionar os subsídios governamentais para agricultura sustentável, gerar subsídios e incentivos para aumentar o consumo de frutas, verduras, legumes, peixes, alimentos in natura, para a adoção de rotulagem de fácil interpretação, com indicadores de sustentabilidade, como pegada hídrica e carbono. É preciso reduzir a influência de grandes interesses comerciais no desenvolvimento de políticas para que sejam implementadas políticas de interesse da saúde pública, com vistas à equidade e à sustentabilidade do planeta. Não podemos permitir que os ganhos em saúde alcançados nos últimos 50 anos de desenvolvimento econômico global sejam anulados nos próximos 50 anos.

O agravamento da fome no contexto do esgarçamento social e dos rumos da gestão pública

Ladislau Dowbor¹¹

Apresentação do Projeto “Produção científica cidadã”

Segundo os dados do Inquérito realizado pela Rede PENS-SAN, 19 milhões de brasileiros estavam em situação de desnutrição em 2020. Desses 19 milhões podemos considerar que cerca de 25% eram crianças e sabe-se que a desnutrição na infância impacta o organismo para o resto da vida.

A análise dos números relativos à produção e acesso aos alimentos revela uma situação dramática e, ao mesmo tempo, indica que não há nenhuma razão para se ter fome, nem no Brasil, nem no mundo. O que se produz no Brasil, só de grãos, corresponde a 3,2 kg por pessoa, por dia: 3 kg de grão, sem falar dos tubérculos, legumes, frutas, peixes etc. Em 2020 foram produzidos 252 milhões de toneladas de grãos no Brasil. O setor econômico que funciona muito bem no Brasil é a exportação, e a exportação essencialmente de bens privados. Gigantescas fortunas são geradas com exportação mineral, de madeira. São bens que não precisam ser produzidos, só extrair e exportar. A Lei Kandir desde 1996 isenta de impostos esse tipo de exportação e drenando recursos no Brasil. Grande parte dessa exportação de bens primários são soja e outros produtos agrícolas. Com a desvalorização do real e a valorização do dólar tornou-se mais interessante vender para o mercado internacional do que vender para o mercado nacional. Mas a consequência disso é a ocorrência de fome no Brasil, o que não faz nenhum sentido e é algo muito grave.

O papel da produção de conhecimento para o enfrentamento da insegurança alimentar

Em função desse quadro é preciso reconhecer o valor de “uma produção científica cidadã”, ou seja, a necessidade de que o conhecimento gerado pela comunidade científica possa ser divulgado extramuros das universidades. A pandemia Covid-19 estimulou o desenvolvimento de muitas tecnologias que precisam ser divulgadas para a comunidade. Isso pode ter desdobramentos que tragam efeitos positivos sobre a vida das pessoas. É necessário criar canais para disponibilizar livros e publicações virtualmente de forma gratuita. Existem cerca de 50 milhões de pessoas no Brasil entre professores, alunos e gestores de educação que se beneficiariam com este conhecimento. É necessário também que as universidades fortaleçam os projetos e atividades de extensão.

Existem vários projetos bem-sucedidos nesse sentido, como

11 Professor titular da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

a Rede Emancipa¹² que promove cursos online com grande número de inscritos ou a Rede de Favelas do Rio de Janeiro que também realiza encontros online.

O PIB brasileiro de 2020 foi de R\$ 7,5 trilhões. Se esse valor for dividido por toda a população, temos R\$ 11.000,00 por mês por família de 4 pessoas. Mas o que os dados nos mostram é uma situação bem diferente. Por isso, deve-se considerar que o problema do país não é econômico, não é de falta de recursos, mas de organização política e social. É preciso que essa situação seja reconhecida e esteja presente em nosso cotidiano, para construirmos um sistema decente.

Pílulas sobre o percurso histórico que iluminam o cenário atual

A seguir, estão transcritas falas do Prof. Ladislau Dowbor, que contribuíram para o debate final do Seminário.

As categorizações simplificadas de esquerda ou direita são problemáticas porque apenas permitem usar argumentos do tipo: ele é de direita ou ele é de esquerda, refutando a pessoa sem refutar de forma argumentativa suas posições. E os que se entopem de dinheiro de maneira absolutamente não merecida e irresponsável dizem que são de direita como se isso justificasse deixar gente com fome quando tem tanto alimento como tem aqui no Brasil.

Deve-se compreender que o bem-estar da família não está só atrelado a ter dinheiro no bolso que permite comprar alimento e pagar o aluguel. O dinheiro no bolso representa 60% do bem-estar da família. Os outros 40% correspondem ao que se chama na Europa de salário indireto, que é o acesso a bens públicos como a segurança pública, a saúde e a educação porque não se compra delegacia, nem hospital, nem escola. Não há problema em buscar um equilíbrio entre as políticas públicas e privadas para produzir determinados tipos de bens mas temos que equilibrar isso com investimentos em saúde, educação, segurança. Essa articulação é perfeitamente viável, é só olhar para os países onde isso funciona ou só olhar como funcionou no nosso caso entre 2003 e 2013 que é a década que o Banco Mundial chamou de a Década Dourada do Brasil.

No capítulo 12 do meu livro A era do capital improdutivo¹³ abordo como se quebrou o sistema distributivo que funcionava, pois, falando em termos econômicos, quando se assegura o aumento da renda básica, isso não gera inflação. A renda básica destina-se basicamente para o consumo de bens relativamente simples de expansão de produção. Estudos como do IPEA ou da Laura Carvalho da USP mostram que R\$1,00 colocado na base da sociedade, por exemplo,

12 A Rede Emancipa é um movimento social que desde 2007 constrói um trabalho de educação popular voltado à juventude periférica em todo o Brasil.

13 É um livro que reúne um acervo de pesquisas e discussões sobre como grandes instituições financeiras dominam o sistema produtivo do mundo.

com o bolsa família, significa aumentar o PIB de 1,78. Esse tipo de alocação de recurso não é um “dreno”, ao contrário, isso aumenta a demanda: as empresas têm para quem vender, porque as empresas estão trabalhando no Brasil a 70% da capacidade. Atualmente tem havido manifestações de empresários que dizem: “Está mais barato contratar, mas para que eu vou contratar se não tem para quem vender”. Em termos econômicos não há mistério, é muito simples, para as empresas funcionarem é preciso ter gente com dinheiro para ter para quem vender e precisam de crédito barato para financiar a produção. É assim que funciona na China, Dinamarca, em qualquer país do mundo com diversos sistemas de organização. Você tem que ter para quem vender, você tem que ter acesso à tecnologia, ao financiamento. No Brasil nós não temos nem uma coisa nem outra. Nós temos um sistema de agiotagem que trava simplesmente as economias. Produzi uma nota técnica, publicada pelo Conselho Federal de Economia que se chama subutilização de fatores: o Brasil tem 356 milhões de hectares em estabelecimentos agrícolas, neles temos 225 milhões de terra agrícola, solo agrícola, agricultável, porque algumas partes do estabelecimento não são próprias para agricultura. Desses 225 milhões de hectares, estamos usando em lavoura no Brasil, 63 milhões. Temos 160 milhões de terra parada ou subutilizada, mais ou menos cinco vezes o tamanho da Itália.

Por exemplo a cidade de Imperatriz no Maranhão: no entorno da cidade tem muita terra parada. Como isso pode acontecer? É natural que em torno de qualquer cidade exista um cinturão verde, hortifrutigranjeiro. Isso gera emprego para as pessoas, gera alimento fresco e próximo: a chamada agricultura de proximidade. Isso também gera uma pequena indústria de transformação alimentar que também gera emprego, gera recursos para o município e a roda gira. O Brasil tem 5.570 municípios. Fortalecer um sistema descentralizado, uma reapropriação das políticas, a partir da base da sociedade é absolutamente fundamental. Inclusive porque os municípios são muito diversos. Lá em Imperatriz, por exemplo, 80% do que estão nas gôndolas dos supermercados são alimentos transformados, vindos de São Paulo. Gastando diesel em mais de 2 mil quilômetros. Ou seja, não faz sentido em termos de organização política e social.

A economia não são leis, e agora se usa o termo Ciência Econômica, antigamente se chamava de Economia Política, o que é correto, tem a ver com a forma como a gente organiza a economia, são pactos que vão sendo estabelecidos. Na era Roosevelt nos EUA, foi criado um imposto com alíquota de 90% nos capitais financeiros parados e daí foi possível uma redistribuição, colocou-se dinheiro na base da sociedade e isso gerou demanda que gerou atividade empresarial que gerou a volta do emprego e a coisa funcionou. Foi assim que funcionou o Welfare State, o estado de bem-estar social que permitiu a reconstrução da Europa, é assim que funciona hoje na China, na Dinamarca, ou que funcionou durante o Governo Lula/Dilma, a tal

da década Dourada. Basicamente é o seguinte, o Brasil tem 212 milhões de habitantes, 148 milhões em idade de trabalho - 16 a 64 anos. Há 33 milhões de empregos privados formais mais 11 milhões de empregos públicos, um total de 44 milhões. O restante corresponde a 15 milhões de desempregados e 38 milhões no setor informal. O IBGE diz que essa gente tem em média a metade da renda de quem está no setor formal. É gente que se vira para sobreviver. E mais 7 milhões de desalentados que não se declaram desempregados, simplesmente desistiram, mas que gostariam de trabalhar. São 60 milhões de pessoas.

E com todo esse contexto temos a subutilização da terra, da mão de obra e um país com fome. Considero que o nosso papel é fazer a denúncia dessa situação, como produtores de ciência e pesquisa, usando todos os meios possíveis. Temos que assumir o papel de divulgação científica que não existe mais na mídia comercial. Temos que fazer isso para começar a salvar esse país.

Comentário

Mariangela Belfiore Wanderley¹⁴

Início minhas reflexões lendo um trecho: “Antigamente, era a macarronada o prato mais caro, agora é o arroz e feijão que suplanta a macarronada, são os novos ricos. Passou para o lado dos fidalgos, até vocês, feijão e arroz nos abandonam. Vocês que eram os amigos dos marginais, dos favelados, dos indigentes. Vejam só, até o feijão nos esqueceu. Não está ao alcance dos infelizes que estão no quarto de despejo” [Carolina Maria de Jesus, Quarto de despejo, publicado pela primeira vez em 1960]. Nesse trecho a autora relata a fome no cotidiano na favela do Canindé, Zona Norte de São Paulo, onde ela morou por muitos anos.

Sessenta anos se passaram e nós estamos aqui discutindo novamente a fome dos brasileiros. E com grandes problemas em relação ao feijão. A formação sócio-histórica brasileira explica a sociedade em que vivemos. O colonialismo, o sistema patriarcal, escravagista, gerando exclusões e imensas desigualdades presentes até hoje, nos mais de 500 anos da nossa existência como país. A pobreza é uma constante, porque é incrível num país rico como o nosso. Não há equidade na apropriação da riqueza socialmente produzida. E é nesse caldo adverso que a fome se insere como uma questão estrutural.

Foi somente em 2010 que o direito à alimentação passou a ser um direito fundamental inserido no artigo 6º da nossa Constituição Federal. A fome não é de hoje, é de sempre. A pandemia só fez agravar essa situação. A contradição é como superar. Foi isso que o professor Ladislau nos mostrou, pois, as políticas de combate à fome e pobreza ocupam a agenda pública do Brasil, desde a década de

¹⁴ Professora associada do Departamento de Serviço Social da Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Membro do Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza do IEA/USP

1930. Não são diretamente um problema econômico de produção e tecnologia, mas esta é uma questão ética que corrói a democracia tão abalada nestes tempos. Não pode haver efetivamente democracia em um país em que grande parte da população é excluída, no contexto econômico, ético e jurídico. Fome e pobreza caminham juntos. São estruturais. A fome coletiva persiste e a subnutrição e desnutrição são crônicas. E esse cenário novamente se intensificou durante a pandemia. A democracia tem que ser protetora de seus cidadãos, com garantias fundamentais, combinando prevenção e políticas públicas. Infelizmente, vivemos tempos sombrios.

Porém, não quero terminar esta reflexão de forma desesperançada, eu quero retomar uma frase dita e construída pelo professor Ladislau: “a fome do Brasil e em tantos lugares do mundo, não é um problema econômico e muito menos de falta de alimento e sim é de falta de vergonha, e os responsáveis têm nome”. Nós somos muitos brasileiros que desejamos virar essa página e retomarmos os rumos deste país. Temos as lutas populares, os atores da sociedade civil, que aliás, fez um trabalho maravilhoso, neste tempo de pandemia. Os defensores de direitos humanos, os movimentos sociais, dentre tantos outros. Em uma expressão de Vera Teles, socióloga uspiana, há sujeitos falantes na cena política que questionam os desmandos, as atrocidades, o caráter conflituoso e contraditório da estrutura social brasileira. Então gente, sejamos sujeitos falantes. Mãos à obra!”

A importância da representatividade da sociedade civil para o controle social das políticas de segurança alimentar e nutricional

[Transcrição da fala] Elisabetta Gioconda Iole Giovanna Recine¹⁵

A questão da participação social

A extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea Nacional) que ocorreu por meio da primeira medida provisória do atual governo federal, no dia 1 de janeiro de 2019, foi algo muito dramático. E não foi a primeira vez que o Consea foi extinto. Mas é importante registrar aqui que, apesar desta extinção e da importância e do significado desta extinção, o que estava por trás, no meio e através do conselho que é a participação da sociedade civil, não foi extinto e não vai ser extinto.

Quando se analisa o que está acontecendo, a importância, a intensidade e a dramaticidade do que se está vivendo e que se refletem nos dados terríveis que foram apresentados pela pesquisa realizada pela Rede PENSSAN, também se vê que a sociedade civil existe e vibra e repercute e resiste mesmo frente à extinção do Consea e se não

15 Docente e coordenadora do Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília.

houvesse esse movimento da sociedade civil talvez a nossa situação estivesse ainda pior.

A participação da sociedade civil na agenda de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é histórica e presente no processo de democratização no Brasil. A questão da alimentação e do direito à alimentação sempre estiveram na agenda de movimentos como o movimento contra a carestia, movimento popular de saúde. Então, a alimentação pela sua importância, é catalisadora do processo de organização social.

Quando a medida provisória de extinção do Consea Nacional foi editada o Consea contava na sua composição com a representação de 19 ministérios do governo e de 38 organizações da sociedade civil, ou seja, 57 conselheiros e conselheiras que representavam as mais diferentes áreas do governo, todas que se relacionavam com alimentação e nutrição, e os mais diferentes setores da sociedade.

Pela legislação vigente à época da sua extinção, o Consea era presidido por uma indicação da sociedade civil e assim aconteceu desde o seu reinício em 2003 até ele ser extinto em 2019. A presidência do Consea era definida pela plenária da sociedade civil e referendada pelos representantes de governo. E naquele momento havia uma ligeira maioria de membros mulheres e uma diversificação em termos de representação regional.

E isso é muito importante porque garantia a diversidade e a representatividade da sociedade civil. Essa diversidade dentro do Conselho permitia olhar um mesmo problema sob diferentes perspectivas. A fome, por exemplo, não é a mesma e nem tem o mesmo significado para os povos indígenas, para os pobres das periferias das cidades grandes, ou pequenas, não é a mesma para os agricultores familiares, para os povos e comunidades tradicionais, para população negra. Essa diversidade da vivência dos problemas em relação à alimentação e nutrição dava uma maior capacidade para o Consea refletir e discutir sobre diferentes propostas de políticas adequadas aos contextos específicos. Isso faz com que a política pública ganhe uma outra dimensão. Ela não é só definida por quem fica nos gabinetes. Isso faz com que ela tenha muito mais alcance, muito mais capacidade de resolver os problemas.

A composição do Conselho era um trabalho de quebra cabeças muito interessante que acontecia nas Conferências Nacionais que ocorriam a cada quatro anos. Na agenda das Conferências constava a definição de quais eram os setores que deveriam estar representados no próximo período porque os movimentos de representação da sociedade são dinâmicos e o aparecimento das temáticas também é muito dinâmico. É possível perceber que quando a temática dos povos indígenas ganhou força dentro da agenda do Conselho, a representação indígena também ganhou força dentro do Consea. Isso também aconteceu com os povos de matriz africana, com os povos e comunidades tradicionais, com a questão urbana.

É claro que sempre havia falta de representação de alguns grupos

importantes porque havia uma limitação numérica. Mas a preocupação em garantir a representação dos mais diversos grupos fazia com que se tentasse reduzir algumas ausências através de grupos de trabalho, através da discussão de alguns temas dentro das plenárias. Havia desde os grupos “clássicos”, como os agricultores familiares, as mulheres do movimento da agricultura familiar, o movimento agroecológico, a agricultura urbana, as mulheres indígenas, as comunidades quilombolas. Havia também a representação de pesquisadores, de movimentos de saúde, de centrais sindicais. Enfim, era uma miríade. Um estudo feito pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) que analisou todos os conselhos que estavam em funcionamento no final da década de 2010 concluiu que o Consea era o que tinha maior diversidade e representatividade. Isso se deve ao respeito à própria definição de SAN.

Com relação à organização e dinâmica de funcionamento existia um processo de definição de comissões permanentes, no qual todo tema era discutido e a partir da passagem pelas comissões permanentes é que os temas iam para as plenárias. Excepcionalmente, surgiam alguns temas que precisavam entrar diretamente para a plenária, independentemente de estarem sendo discutidos nas comissões. Mas, no geral, era no âmbito das comissões que as discussões ocorriam e as proposições eram elaboradas. O Consea sempre prezou e se orgulhou pela qualidade da sua abordagem, toda a proposta encaminhada era bem elaborada e muito embasada a partir das vivências que as representações traziam e também a partir da contribuição de pesquisadores. Exerceu-se com muita qualidade o que a se denomina de ecologia de saberes. Não era o conhecimento acadêmico estrito que dominavam as discussões e não era o conhecimento popular e tradicional estrito, mas era uma grande amálgama a partir desses encontros.

Pensando em uma trajetória temática, vê-se que o tema da fome vai e volta. É um problema realmente estrutural. O primeiro tema em 1994 foi “Fome, Uma Questão Nacional”. Quando o Consea volta, a partir de 2003, na segunda Conferência o tema já era a necessidade de organização de um sistema na área, de organização de políticas públicas. Então, o tema foi “A Construção da Política Nacional da Segurança Alimentar e Nutricional”. A terceira Conferência trouxe o tema que ainda é urgente que é a questão da sustentabilidade. A quarta Conferência, em 2011, trouxe a questão da Alimentação como Direito Humano. Tinha-se recém conseguido colocar o Direito à Alimentação na nossa Constituição. E a última Conferência, que aconteceu em 2015 teve um lema que pegou que é “Comida de verdade no campo e na cidade, por Soberania, Direitos e Segurança Alimentar e Nutricional”. Quando foi realizada a última Plenária do Consea, em novembro de 2018, foi feita a convocatória do que seria a Sexta Conferência que ocorreria em novembro de 2019 e já havia uma discussão de qual seria a temática, que seria algo em torno das vozes e práticas dos territórios, a questão de avançar a implementação do Sisan, do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional nos municípios e ampliar a diversidade

e representatividade do Conselho. A Sexta Conferência não aconteceu porque o Consea foi extinto e a responsabilidade pelo seu planejamento, convocação e realização era do Conselho.

Apesar da história ser triste também é feita de muita resistência e muita criatividade! É importante destacar dois momentos importantes: a manifestação que foi feita às vésperas da aprovação da emenda constitucional para colocar a alimentação na Constituição Federal: foi feito todo um percurso no Plenário do Congresso, andamos pela Esplanada, batendo prato etc. Esse foi só uma das atividades que o Consea fez para mobilizar a aprovação desta PEC. Houve muita visita aos gabinetes, houve muito abaixo-assinado, houve muita manifestação e houve êxito nisso, atuando junto com um conjunto de organizações e parcerias muito além do que o Consea era naquela época. Outro momento foi a mobilização após a edição da medida provisória que extinguiu o Consea. Houve sucesso num primeiro momento, porque o Congresso não aprovou esse item da Medida Provisória, mas quando ele foi para sanção presidencial, o presidente voltou com essa proposta de extinção e quando voltou para o Congresso, não foi possível reverter o veto presidencial.

A extinção do Consea também reverberou na Caisan que é a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Ela não foi extinta, mas, na prática, é como se tivesse sido porque não se reuniu até hoje e não fez nada das ações que lhe compete durante todo esse período. No dia 7 de junho de 2021 foi finalmente divulgado um novo Decreto que coloca a Caisan oficialmente em funcionamento, mas com uma composição muito menos representativa e sem nenhum diálogo com a sociedade civil. Anteriormente, a Caisan trabalhava articulada com o Consea e a partir das recomendações e propostas aprovadas no Consea e na Conferência Nacional. No decreto em vigor atualmente, isso não existe, ela é simplesmente um grupo com a participação de cerca de nove ministérios, um grupo muito menor do que o grupo anterior e ele trabalha sem nenhum tipo de insumo, sem nenhum tipo de diálogo com a sociedade civil. Tem a responsabilidade de elaborar um Plano Nacional de SAN que no momento não existe e, na verdade, o Plano Nacional de SAN deveria ser elaborado a partir das recomendações de uma Conferência Nacional que não aconteceu devido à extinção do Consea.

Mas já havia uma discussão desde 2017 que se a crise política que se avizinhava se confirmasse seria feita a convocação de uma Conferência popular por soberania e segurança alimentar e nutricional e assim foi feito. Foi redigida uma carta na qual a sociedade civil convoca a Conferência Nacional e a ideia da Conferência popular é que se trata de um processo permanente de mobilização, não é um evento que vai acontecer em determinado momento e isso tem sido levado com todos os desafios possíveis durante todo esse período. Por exemplo, foi publicada uma agenda no começo da pandemia, para defender e proteger o DHAA e os dados da pesquisa da Rede PENSSAN mostram que essa agenda não foi adotada pelos governos. Depois foram feitas também discussões impor-

tantes que outros movimentos também fizeram para levar a agenda de SAN para o nível municipal, o que fizemos durante as eleições municipais de 2020. Foram inúmeras iniciativas que ocorreram durante as eleições municipais, mas também durante a pandemia, e ocorrem até hoje, no sentido de minimizar a profunda e criminosa ausência de políticas públicas, relacionadas não só às crises sanitárias, mas à crise relacionada à alimentação e ao número crescente de pessoas com fome. É importante lembrar que mesmo com a extinção do Consea Nacional, os Consea Estaduais e Municipais continuam funcionando porque não havia uma relação hierárquica e sim de articulação e isso é muito importante para a resistência, no nível dos territórios e no nível local. Foi feito um cartaz de uma movimentação que aconteceu na semana mundial do dia da alimentação que é 16 de outubro de 2020 com o lema “Gente é pra brilhar e não pra morrer de fome”. São muitas iniciativas da sociedade civil, de movimentos relacionados à solidariedade horizontal, solidariedade entre iguais. Coisas muito interessantes acontecendo, no nível direto contra a fome, mas também relacionada a questões mais amplas do DHAA. Movimentos em defesa dentro do Congresso para que as medidas que estão em análise dentro do Congresso Nacional não prejudiquem ainda mais os diferentes programas relacionados com a SAN.

Comentário

[Transcrição da fala] Maria Paula de Albuquerque¹⁶

Se por um lado, tem havido uma intencional desorganização desses espaços democráticos que foram arduamente construídos, eles ainda existem com os Consea estaduais e municipais que são espaços oficiais de participação social. Sem dúvida, sofreram os impactos decorrentes da extinção do Consea, mas continuam sendo espaços de participação. Permanece o desafio de como não se apequenar frente a essa completa ausência do Estado, mas também não esperar que políticos e Estado cumpram um papel de salvadores da pátria, porque obviamente eles não são. É a partir do lugar e da perspectiva da sociedade civil que foi apresentada a experiência do Centro de Educação e Recuperação Nutricional (Cren).

O Relatório da Sindemia Global é provocativo ao fazer uso do termo inércia política que, segundo o próprio relatório, é um termo coletivo. É um termo coletivo para os efeitos combinados de uma liderança política e uma governança inadequada na implementação de políticas para responder à sindemia global. A inércia política é resultado de uma forte oposição à implementação de possíveis políticas de enfrentamento à obesidade, desnutrição e mudanças climáticas por poderosos interesses econômicos e somada a uma falta de demanda por ação política da sociedade. Esse mesmo documento afirma que as pessoas podem atuar como agentes de mudança em suas muitas funções como autoridades, empregadores, pais, consumidores, cidadãos e

16 Gerente geral clínica do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren), e integrante do Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza do IEA.

influenciar normas sociais e políticas institucionais voltadas para os locais de trabalho, de comércio, instituições de ensino e comunidade em geral. Essa influência coletiva de indivíduos ou organizações da sociedade civil e do público pode estimular a reorientação dos sistemas humanos para promover saúde, equidade, prosperidade econômica e sustentabilidade. É nesta perspectiva que serão apresentadas algumas iniciativas da sociedade civil que transcendem a entrega de cestas básicas e que afirmam a centralidade da pessoa e apostam nos recursos do território, principalmente nas pessoas, nos relacionamentos, e nas suas histórias. Tal como refere o Relatório da Sindemia Global: pensar global e agir local. Esse é o caso da União de Vila Nova, que é um bairro periférico da Zona Leste de São Paulo, onde o Cren atua desde 2006. À margem do Rio Tietê, está a antiga Favela do Pantanal, assim chamada por seus alagamentos em período de chuva, e que hoje é a terceira comunidade em termos de população no município de São Paulo e que tem um grande número de imigrantes do Norte e Nordeste do país. Em 2006, Padre Ticão, que foi um dos maiores líderes comunitários da história da Zona Leste da cidade de São Paulo, reconheceu que a desnutrição infantil era um problema naquela comunidade e convidou o Cren para instalar uma de suas unidades na região. O Cren, é uma Organização Não Governamental (ONG) que existe há 30 anos atuando no enfrentamento da má nutrição infanto-juvenil e tem na cidade de São Paulo duas unidades físicas e equipes de campo avançado nos distritos de maior vulnerabilidade. O Cren é essencialmente um equipamento de saúde.

No início da pandemia, a insegurança alimentar aumentou em função do seu impacto negativo sobre a renda das famílias e o fechamento de equipamentos de educação também contribuiu para isso. Essa situação também atingiu as famílias assistidas pelo Cren. Ao mesmo tempo, muitos agricultores familiares enfrentaram grandes dificuldades para escoar sua produção. Esse foi o caso das mulheres do GAU, um grupo de mulheres agricultoras, que cultivam em um terreno cedido pela Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo (CDHU), folhas, frutas e Plantas Alimentícias Não Convencionais (Panc) de base ecológica, e que fica a 800 metros do Cren, no bairro de União de Vila Nova.

Iniciou-se aí uma receita com ingredientes muito bons, relacionamentos e o desejo de bem comum. A produção das mulheres agricultoras foi destinada para os atendimentos nutricionais domiciliares e para as práticas de educação alimentar e nutricional dos pacientes do Cren, preferencialmente pelas crianças em situação de magreza e baixa estatura abaixo de cinco anos. Esse ciclo virtuoso foi agregando outros parceiros, como o Instituto NUA¹⁷, que tem por missão promover o desenvolvimento social, econômico e comunitário

17 NUA - Instituto Nova União da Arte, fundado em 2005, organização sem fins lucrativo, trabalha com população infanto-juvenil por meio da arte e apropriação dos territórios

de União de Vila Nova e que também está a 800 metros de distância do Cren. Por meio deste relacionamento com o Instituto NUA, estabeleceu-se contato e relação comercial com agricultores no Alto do Tietê para complementar as ações de cuidado alimentar e nutricional dos pacientes do Cren. Isso permitiu que esses agricultores iniciassem a sua transição agroecológica de sua produção. O Instituto Kairós¹⁸, outra Instituição da sociedade civil que tem dentro da sua missão a articulação de redes e o fortalecimento das cadeias curtas, viabilizou a aproximação com outros agricultores, de outros territórios, também assistidos pelo Cren, como o Programa de Educação e Defesa Ambiental Ângela de Cara Limpa (ACL)¹⁹. Nesse ciclo virtuoso, a economia local foi afetada com a retomada da moeda social Cacimba que hoje circula nos comércios de União Vila Nova, como no bazar do Cren. As mulheres do GAU realizam a venda de seus produtos, das suas produções nos espaços do Cren assim como outros parceiros do território como, por exemplo, o Centro Social Marista Irmão Justino (Cesomar) que fica a cerca de um quilômetro do Cren. Também há uma aproximação incipiente com uma Comunidade que Sustenta a Agricultura (CSA). Essa experiência do Cren na comunidade de União de Vila Nova é um exemplo de redes de relacionamento e solidariedade, inicialmente informais que acabam se tornando formais. Vale destacar que o Cren atualmente também está participando, por meio do seu centro de educação infantil que atende crianças malnutridas de até cinco anos de idade, de um projeto piloto em parceria com o Instituto Kairós para implementação da Lei municipal 16.140 que prevê a compra de 100% de alimentos orgânicos para alimentação escolar. O projeto piloto está sendo um sucesso e os gastos com a aquisição de frutas, legumes e verduras orgânicos está menor quando comparado aos alimentos convencionais.

A experiência do Cren corresponde a uma experiência da sociedade civil em segurança alimentar e nutricional que trabalha na perspectiva da intersetorialidade, que é hoje um dos grandes desafios em termos de políticas públicas. Como essa história, existem milhares de histórias de pessoas e organizações que se relacionam com os territórios e nos territórios. Como diz o Hermes do Instituto NUA: “onde existem pessoas, existem recursos” e os territórios estão cheios de pessoas. Essa experiência mostra que a potência para enfrentar os desafios está na sociedade civil.

18 O Instituto Kairós – Ética e Atuação Responsável é uma entidade civil sem fins lucrativos, fundada em 2000, que fomenta novas práticas de Produção, Distribuição, Comercialização e Consumo Responsáveis (PDCCR), através da experimentação direta, da articulação de redes e políticas públicas e da produção e disseminação de conhecimentos – em prol da construção de uma sociedade mais justa, sustentável e saudável.

19 O “Ângela de Cara Limpa” é uma plataforma que visa implantação e fortalecimento da gestão dos empreendimentos populares solidários no Jd. Ângela para incentivar e fortalecer ações de sustentabilidade na região, evitando que moradores atravessem a cidade em busca do seu sustento.

Sobre os autores

Cláudia Maria Bógus é pedagoga, professora associada da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e membro do Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza do Instituto de Estudos Avançados (IEA) da Universidade de São Paulo (USP). claudiab@usp.br

Ana Lydia Sawaya é bióloga e professora aposentada do Departamento de Fisiologia, Disciplina de Fisiologia da Nutrição da Universidade Federal de São Paulo. Integrante do grupo de pesquisa Nutrição e Pobreza do IEA-USP. al.sawaya@yahoo.com.br

Maria Paula de Albuquerque é pediatra nutróloga e diretora clínica do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren)/Unifesp. Vice-coordenadora do grupo de pesquisa Nutrição e Pobreza do IEA-USP. saude_vm@cren.org.br

Mariangela Belfiore Wanderley é graduada em Serviço Social e professora associada do Departamento de Serviço Social da Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Membro do Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza do IEA-USP. mariangela.belfiore@gmail.com

Maria do Carmo Pinho Franco é biomédica e professora associada do Departamento de Fisiologia da Universidade Federal de São Paulo. Integrante do grupo de pesquisa Nutrição e Pobreza do IEA-USP. mariadocarmo.franco@gmail.com

Nassib Bezerra Bueno é nutricionista, professor adjunto da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas e membro do grupo de pesquisa Nutrição e Pobreza do IEA-USP. nassib.bueno@fanut.ufal.br

Esther Letícia Amorim Ribeiro é farmacêutica e graduanda em nutrição na Faculdade de Saúde Pública da USP. esther.ribeiro@usp.br

Semíramis Martins Álvares Domene é nutricionista e professora associada livre-docente no curso de Nutrição, Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza do IEA-USP. semiramis.domene@unifesp.br

PARTE III

EPÍLOGO



EPÍLOGO

Se você chegou até aqui, certamente tem a mesma conclusão que a minha: poucas duas décadas foram tão produtivas e diversas como estas que este livro registra e homenageia. Mas, se por acaso veio direto para o Epílogo (acho que não...), recomendo fortemente que volte, vá lá na Apresentação, Prefácio e embarque com fôlego em um roteiro de inúmeros encontros, visões, temas que focaram os principais determinantes, desafios, caminhos de superação desta agenda essencial e apaixonante da alimentação-nutrição-políticas públicas.

Tive a honra de participar de alguns destes momentos, sempre recebendo o convite por meio de uma voz inesquecível, Anna Peliano – menos o mais recente, quando ela já havia partido e estava recebendo uma das muitas merecidas homenagens.

Foi pelas mãos da Anna que comecei a percorrer de fato o meu caminho profissional, o lugar onde quero estar. Foi nesse cotidiano compartilhado que aprendi com suas provocações de que não há espaço para análises superficiais e conclusões fáceis. Alimentação, Nutrição, Comida, Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional, Direito Humano à Alimentação Adequada. Tão essenciais para uma vida digna, complexos para serem garantidos, mas também carregados de esperança pelas mãos de inúmeras realizadoras-pensadoras e inúmeros realizadores-pensadores que estão nas universidades, nas organizações, nas comunidades.

Celebrar 20 anos do Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza é também homenagear todos estes sujeitos que resistem, realizam e transformam.

Elisabetta Recine

Docente e coordenadora do Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília

PARTE IV
INTEGRANTES
DO GRUPO DE
PESQUISA



MEMBROS ATUAIS

Ana Lydia Sawaya é bióloga e professora aposentada do Departamento de Fisiologia, Disciplina de Fisiologia da Nutrição da Universidade Federal de São Paulo.

Claudia Maria Bógus é pedagoga e docente da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves, graduada em Odontologia, é Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Pós-Doutoranda do GPNP

Mariangela Belfiore Wanderley é graduada em Serviço Social e professora associada do Departamento de Serviço Social da Faculdade de Ciências Sociais, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Maria do Carmo Pinho Franco é biomédica e professora associada do Departamento de Fisiologia da Universidade Federal de São Paulo.

Maria Paula de Albuquerque é pediatra e nutróloga, gerente geral clínica do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) /Unifesp. Vice-coordenadora do Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza.

Semíramis Martins Álvares Domene é nutricionista e Professora Associada Livre-Docente no curso de Nutrição, Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza.

MEMBROS ANTERIORES ²

Anna Maria Medeiros Peliano
Claudio Leone
Dalton Ramos
Edson Aparecido Liberti
José Eduardo Dutra de Oliveira
Gisela Maria Bernardes Solymos
Luis Gaj
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio
Mathias Estevão Rath
Nassib Bezerra Bueno
Sandra Maria Sawaya
Silvia Maria Franciscato Cozzolino

AGRADECIMENTOS

O Grupo de Pesquisa Nutrição e Pobreza registra seu agradecimento ao trabalho da equipe técnica do IEA. Vocês foram importantes atores na história que escrevemos nestes 20 anos.

Aziz Salem
Cláudia Regina Nóbrega Pereira
Dario Borelli
Edilma Martins
Fátima Moreno
Fernanda Rezende
Flávia Mendes
João Fernando da Silva
Jorge Paulo Soares
Leandra Rajczuk Martins
Leonor Calasans
Marcelo Rodrigues dos Santos
Marilda Gifalli
Marisa Macedo Gomes Alves
Marlene Signoretti
Marli Pedro
Mauro Belleza
Rafael Borsanelli
Raimunda Rodrigues dos Santos
Richard Meckien
Roque Celeste Passos
Sandra Codo
Sandra Sedin
Sérgio Ricardo Villani Bernardo
Tizuko Sakamoto