

saúde

ISSN 1516-7356

Volume 6 • Número 13
maio/ago. 2004

em revista

UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA

HEALTH IN REVIEW

Segurança
Alimentar e
Nutricional

13



INSTITUTO EDUCACIONAL PIRACICABANO – IEP

Presidente do Conselho Diretor LUIZ ALCEU SAPAROLLI
Diretor Geral ALMIR DE SOUZA MAIA

Universidade Metodista de Piracicaba

Reitor GUSTAVO JACQUES DIAS ALVIM (e vice-diretor geral do IEP)
Vice-Reitor Acadêmico SÉRGIO MARCUS PINTO LOPES
Vice-Reitor Administrativo ARSÊNIO FIRMINO DE NOVAES NETO

EDITORA UNIMEP

Conselho de Política Editorial GUSTAVO JACQUES DIAS ALVIM (presidente)
Policy Advisory Committee SÉRGIO MARCUS PINTO LOPES (vice-presidente)
AMÓS NASCIMENTO
ANDRÉ SATHLER GUIMARÃES
ANTONIO ROQUE DECHEN
CLÁUDIA REGINA CAVAGLIERI
DENISE GIACOMO DA MOTTA
MARCO POLO MARCHESE
NELSON CARVALHO MAESTRELLI

SAÚDE EM REVISTA 13 *Health in Review* maio/ago. 2004

vol. 6, n.13 "Segurança Alimentar e Nutricional"

Comissão Editorial DENISE GIACOMO DA MOTTA – presidente (Curso de Nutrição)
Editorial Board CRISTINA BROGLIA F. DE LACERDA (Curso de Fonoaudiologia)
GISLENE GARCIA F. DO NASCIMENTO (Grupo de Área de Ciências Biomédicas)
LUCIANE CRUZ LOPES (Curso de Farmácia)
RINALDO R. DE J. GUIRRO (Curso de Fisioterapia)

Comitê Científico ARTURO SAN FELICIANO (Departamento de Química Farmacêutica /
Advisory Board Faculdade de Farmácia / Universidade de Salamanca, Espanha)
ELVIRA MARIA GUERRA SHINOHARA (Faculdade de Ciências Farmacêuticas / USP-SP)
ESTER DA SILVA (Departamento de Fisioterapia / UFscar-SP)
FRAN HARSTROM (Department of Rehabilitation, Human Resources and
Communication Disorders / University of Arkansas-Fayetteville, USA)
ISABELA HOFFMEISTER MENEGOTTO (Curso de Fonoaudiologia / Universidade Luterana do
Brasil-ULBRA / Canoas-RS)
LÉSLIE PICCOLOTTO FERREIRA (Faculdade de Fonoaudiologia / PUC-SP)
LÍSIAS NOGUEIRA CASTILHO (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina / USP-SP)
MARIA CRISTINA FABER BOOG (Departamento de Enfermagem – Faculdade de Ciências
Médicas / Unicamp-SP)
MAURO FISBERG (Departamento de Pediatria e Adolescência – Nutrologia / Unifesp-SP)
PEDRO LUIZ ROSALEN (Faculdade de Odontologia de Piracicaba / Unicamp-SP)
RENATA MOTA MAMEDE CARVALHO (Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e
Terapia Ocupacional / Faculdade de Medicina da USP-SP)
RUI CURI (Instituto de Ciências Biomédicas / USP-SP)
HEITOR AMÍLCAR DA SILVEIRA NETO (MTb 13.787)
IVONETE SAVINO (secretária)
ALTAIR ALVES DA SILVA (assistente administrativo)
ALEX GARCIA CALMONT DE ANDRADE (bolsista atividade da revista)
REGINA FRACETO (ficha catalográfica)
SUZANA VERÍSSIMO (edição de texto)
CRISTINA PAIXÃO LOPES (revisão de textos em inglês)

Editor Executivo/ Managing Editor
Equipe Técnica/ Technical Team

Capa WESLEY LOPES HONÓRIO
DTP e produção Gráfica UNIMEP
Impresso em Duplicadora Digital Canon

SAÚDE EM REVISTA é uma publicação quadrimestral da Editora UNIMEP que traz artigos vinculados ao desenvolvimento científico e tecnológico nas áreas de ciências biológicas e da saúde. Os originais devem ser encaminhados à Comissão Editorial da revista, observadas suas normas para publicação de artigos. As opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade dos seus autores. Os textos são selecionados por processo anônimo de avaliação por pares (*blind peer review*). Na última edição de cada ano, é publicada a relação do seu corpo de *referee*. Veja as normas para publicação no final da revista (estilo Vancouver: < www.icmje.org >) ou no site da Editora UNIMEP (< www.unimep.br/editora >).

SAÚDE EM REVISTA (*Health in Review*) is published three times a year by UNIMEP Press (São Paulo/Brazil). It contains papers on scientific and technological issues from biological and health sciences. Editorial norms for submission of articles can be requested to the Editor. Manuscripts are selected through a blind peer review process. In the last issue of the year, the list of referee body is published. See editorial norms for submission of articles in the back of this journal (Vancouver style: < www.icmje.org >) or in UNIMEP's site (< www.unimep.br/editora >).

Aceita-se permuta / Exchange is desired.

Saúde em Revista é indexada pelo / Saúde em Revista is indexed by

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (LATINDEX), base de dados Peri (ESALQ/USP), Qualis A-Nacional (Ciência de Alimentos), B-Nacional (Saúde Coletiva) e C-Nacional (Educação).

Disponibilizada no site / available in site < www.unimep.br/editora >

Assinaturas EDITORA UNIMEP
< www.unimep.br/editora >
Rodovia do Açúcar, km 156 – 13400-911 – Piracicaba/SP
Tel./fax: 55 (19) 3124-1620 / 3124-1621
E-mail: editora@unimep.br / Comissão Editorial: < sauderev@unimep.br >

SAÚDE EM REVISTA

UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
V. 1 • n. 1 • 1999
Quadrimestral / Three times yearly
CDU – 613/614

1. Ciências da Saúde – periódicos

Editorial

SAN: PROPOSIÇÕES EM ÁREAS CARENTES DE FORMULAÇÕES

O número da *Saúde em Revista* que tenho o prazer de apresentar é dedicado ao tema da segurança alimentar e nutricional (SAN). Ao receber o honroso convite para organizá-lo, dois objetivos logo me ocorreram. Um deles era contemplar a abrangência que o enfoque da SAN adquiriu entre nós e sua natureza multifacetada. O segundo objetivo pretendia que as abordagens ultrapassassem os limites disciplinares das ciências da saúde – área de formação da maioria das(os) leitoras(es) da revista –, estimulando o diálogo com as ciências humanas e sociais. Seguindo a orientação editorial da revista, o número contém também análises de aspectos da SAN em Piracicaba.

Temos razões para saudar o retorno da erradicação da fome e da promoção da SAN para o centro da agenda política nacional, após um longo período em que esses objetivos se perderam ao serem diluídos em programas sociais com foco na pobreza e num questionável patrocínio governamental de comunidades solidárias. Desde os primeiros dias do atual governo, em 2003, assistimos à retomada do processo de mobilização social e de formulação de políticas públicas de SAN que havia sido iniciado no princípio da década de 1990.

O lançamento do Programa Fome Zero introduziu importante referência simbólica para a sociedade brasileira e em âmbito internacional. A recriação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), vinculado à Presidência da República, foi seguida da proliferação de conselhos análogos em todos os Estados e em grande número de municípios. Em março passado, o CONSEA organizou a II Conferência Nacional de SAN, em Olinda (PE), com a presença de cerca de 1.100 delegados(as) do país e mais de uma centena de observadores nacionais e internacionais. Na base desse processo estão as organizações da sociedade civil reunidas no Fórum Brasileiro de SAN e seus congêneres estaduais, bem como várias outras iniciativas de mobilização social. É nesse contexto que se desenvolve a apropriação da noção de SAN no Brasil.

Como todo objetivo de política pública, a noção de SAN é passível de diversas acepções dependendo do ator social que a defina. Fiquemos com o formulado, recentemente, pelo Fórum Brasileiro e aprovado na II Conferência Nacional de SAN: *é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis.*

Para além das definições, destaco três peculiaridades da apropriação brasileira da noção de SAN, que a diferenciam em relação ao que se observa em outros países e organizações internacionais. Considerando o público principal da *Saúde em Revista*, note-se, desde logo, a adição do adjetivo 'nutricional' à segurança alimentar. Como ficará evidente nesta coletânea, a adequação nutricional é inserida de modo mais abrangente e complexo que a usual preocupação com a segurança dos alimentos comercializados.

A segunda peculiaridade está em conferir à SAN a condição de um objetivo estratégico e permanente, que reflete o direito humano à alimentação e o princípio da soberania alimentar. Junto com a equidade social e a sustentabilidade ambiental, a SAN integraria o núcleo ordenador das estratégias de desenvolvimento de um país no que concerne à produção, acesso e consumo dos alimentos. Vale dizer, o objetivo da SAN engloba e redefine os instrumentos que visam à urgente erradicação da fome, atua sobre os modos de produção e de consumo dos alimentos e chama a atenção para seu papel na identidade cultural dos povos.

A terceira peculiaridade da apropriação da SAN no Brasil, talvez a mais inovadora, está na valorização do enfoque intersetorial nas ações e políticas públicas. Esse enfoque requer a adoção de projetos integrados que atuem sobre os diversos fatores que afetam as condições de produção e acesso aos alimentos, bem como a promoção da interlocução entre os diferentes setores governamentais e não-governamentais envolvidos. Daí decorre a necessidade de instâncias de coordenação – mais precisamente, de concertação social e pactuação –, nas quais são construídas a interlocução e a integração das ações. Os CONSEAS foram pensados com essa perspectiva.

Essas observações levam à apresentação dos artigos que compõem a presente edição de *Saúde em Revista*. Iniciamos pela contribuição de Luciane Burlandy, que abre a coletânea destacando, justamente, a centralidade do enfoque intersetorial nas políticas de SAN e como sua adoção qualifica e redimensiona as intervenções em saúde e nutrição. Entre os requisitos para a adoção desse enfoque, a autora destaca a construção de acordos entre os atores envolvidos com esse que deve ser um componente estratégico de governo, em sintonia com o contexto antes mencionado.

A questão crucial da educação é abordada desde dois pontos de vista. O ensaio de Maria Cristina F. Boog trata, diretamente, da educação em SAN com uma instigante conceituação de *educação nutricional* que valoriza várias dimensões da alimentação e sugere impulsionar a cultura, sem omitir a complexa questão de "respeitar e modificar" valores e atitudes estabelecidas. Os quatro enfoques pelos quais sua proposição se operacionaliza são acompanhados do recurso ao diálogo interdisciplinar e da sempre bem-vinda inclusão da pedagogia de Paulo Freire.

Já no artigo de Sandra Maria C.S. Silva, o objeto de análise é a formação dos profissionais da nutrição. A evolução da profissão é cotejada com os desafios postos pela garantia da SAN em face das tradicionais desigualdades da sociedade brasileira, agora acrescidas da chamada *transição nutricional*.

A coletânea segue com dois artigos focalizando a cultura alimentar. Elaine de Azevedo argumenta que os modelos alimentares e, com eles, os conceitos de *vida saudável* derivam de hábitos culturais específicos, determinados, em grande medida, pela evolução dos padrões de produção agroalimentar. A crítica do modelo associado ao padrão tecnológico moderno leva a autora a sugerir uma concepção de alimentação saudável que considere a dinâmica cultural das populações em sua diversidade e valorize o conhecimento tradicional.

Vivian Braga, por seu turno, vale-se da antropologia da alimentação para abordar o próprio conceito de *cultura alimentar*, além das principais questões no plano simbólico e das identida-

des sociais presentes no estudo dos alimentos e da alimentação. Alguns exemplos bastam para comprovar como essas questões são pouco ou nada consideradas pelos programas alimentares no Brasil – ou, de outro ângulo, como é importante tê-los em conta nas políticas de SAN.

Um sistema articulado e intersetorial de diagnóstico, reconhecimento e intervenção sobre as condições de saúde, alimentação e nutrição das populações é proposto por Elyne M. Engstrom e Inês Rugani R. de Castro. Embora o considerem ainda inacabado, as autoras identificam as potencialidades oferecidas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e o papel único que poderia cumprir de integração das informações no âmbito municipal, e ainda como instrumento de planejamento das ações na área de saúde de forma articulada com os demais componentes de uma política de SAN.

Os três últimos artigos temáticos da revista analisam os resultados de pesquisas recentes, realizadas em Piracicaba. Marina V. da Silva e Gilma L. Sturion identificaram em escolas de três bairros da cidade, em 2003, a prevalência entre as crianças de *deficits* de altura e de sobrepeso/obesidade, o acesso a programas públicos por um número limitado de famílias e dificuldades na aquisição de alimentos variados, especialmente hortaliças e frutas. Decorre, de imediato, a correlação positiva de uma integração entre programas de abastecimento que favoreçam o acesso a esses alimentos e as ações na área nutricional e de saúde.

Em outra pesquisa, o perfil socioeconômico e o diagnóstico alimentar e nutricional conduzidos, em 2002, por Denise G. da Motta et al. no Parque dos Sabiás – bairro escolhido como piloto pelo Programa Municipal de SAN – revelaram um padrão de consumo homogêneo privilegiando alimentos fontes de energia. Esse padrão é determinado, principalmente, pela baixa renda da população do bairro, além dos hábitos alimentares, da distância do centro e dos custos dos produtos. Contudo, as autoras chamam a atenção para a necessidade de ações que, em conjunto com a geração de trabalho e renda, melhorem a oferta diversificada de bens e promovam a educação para o consumo alimentar.

Já Rita de Cassia B. Martins et al. estudaram a aceitabilidade da alimentação escolar junto a crianças do ensino fundamental público de Piracicaba, no ano de 2002, tendo encontrado uma adesão baixa pelos escolares, com exceção de alguns preparados. Entre os fatores apontados, destacam-se o tipo de refeição servida e a inadequação do horário, e ainda a presença de cantina nas escolas. As recomendações vão no sentido de melhorar a variedade das refeições, adequar os horários e, em especial, incorporar atividades educativas em nutrição e saúde para toda a comunidade da escola.

Estou seguro quanto à relevância da contribuição ao tema da SAN dada por essa edição da *Saúde em Revista*, em campos em que estamos carentes de formulações e proposições. Uma boa leitura a todas(os).

RENATO S. MALUF

Professor do CPDA/UFRRJ

Conselheiro e assessor da presidência do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), membro da Coordenação Nacional do Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional.

Sumário

CONTENTS

9. **Segurança Alimentar e Nutricional: intersectorialidade e as ações de nutrição**
Food and Nutritional Security: intersectorial articulation and nutrition programs
LUCIENE BURLANDY (UFF/RJ)
17. **Contribuições da Educação Nutricional à Construção da Segurança Alimentar**
Contributions of Nutrition Education for the Construction of Food Security
MARIA CRISTINA FABER BOOG (Unicamp/SP)
25. **O Profissional de Nutrição Frente à Segurança Alimentar e Nutricional**
The Nutrition Professional in Face of Food and Nutritional Security
SANDRA MARIA CHEMIN SEABRA DA SILVA (Centro Universitário São Camilo/SP)
31. **Alimentação e Modos de Vida Saudável**
Food and Healthy Ways of Life
ELAINE DE AZEVEDO (Unisul/SC)
37. **Cultura Alimentar: contribuições da antropologia da alimentação**
Food Culture: contributions from the anthropology of food
VIVIAN BRAGA (IBASE/RJ)
45. **Monitoramento em Nutrição e Saúde: articulação da informação com a ação**
Monitoring in Nutrition and Health: articulating information and action
ELYNE MONTENEGRO ENGSTROM (Fiocruz/RJ) &
INÊS RUGANI RIBEIRO DE CASTRO (UERJ/RJ)
53. **Estado Nutricional, Acesso aos Programas Sociais e Aquisição de Alimentos**
Nutritional Status and Accessibility to Social Programs and Food
MARINA VIEIRA DA SILVA (USP/SP) & GILMA LUCAZECHI STURION (USP/SP)

- 63. Consumo Alimentar de Famílias de Baixa Renda no Município de Piracicaba/SP**
Food Intake in Low Income Families in Piracicaba/SP
DENISE GIACOMO DA MOTTA (UNIMEP/SP); MARIA TEREZA MIGUEL PERES (UNIMEP/SP); MARIA LUISA M. CALÇADA (UNIMEP/SP); CARLA MARIA VIEIRA (UNIMEP/SP); ANA PAULA WOLF TASCA (UNIMEP/SP) & CAROLINA PASSARELLI (UNIMEP/SP)
- 71. Aceitabilidade da Alimentação Escolar no Ensino Público Fundamental**
Acceptability of the School Meal Program in the Elementary Public Schools
RITA DE CASSIA BERTOLO MARTINS (UNIMEP/SP); MARIA ANGÉLICA TAVARES DE MEDEIROS (UNIMEP/SP E PUCamp/SP); GLAUCIA MELEIRO RAGONHA (UNIMEP/SP); JUSSARA HELENA OLBI (UNIMEP/SP); MARISA ELAINE PAIS SEGATTI (UNIMEP/SP) & MILENA RIBEIRO OSELE (UNIMEP/SP)

RESENHAS

- 81. Segurança Alimentar e Cidadania: a contribuição das universidades paulistas, de Maria Antonia M. Galeazzi (org.)**
VALDEMIR PIRES (UNIMEP/SP)
- 83. Normas para Publicação**

Segurança Alimentar e Nutricional: intersectorialidade e as ações de nutrição

Food and Nutritional Security: intersectorial articulation and nutrition programs

RESUMO O artigo analisa a centralidade do princípio da intersectorialidade no âmbito da Política de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e o diferencial que agrega às ações setoriais, abordando as intervenções em saúde e nutrição como parte integrante desse processo. A inserção do componente de SAN nas ações desenvolvidas pelo setor saúde impõe que elas incorporem a análise dos múltiplos determinantes das práticas alimentares, desde a produção até a comercialização e o acesso ao alimento em sua interface com a utilização do alimento nos níveis familiar e individual. Por outro lado, implementar as ações desses setores sob a ótica da saúde implica construir um modelo produtivo que resgate a variedade na produção de alimentos, a diversidade cultural, a qualidade tanto do ponto de vista higiênico-sanitário quanto em termos de composição nutricional; desenvolver um processo produtivo que não traga riscos à saúde do trabalhador e do consumidor; instituir estabelecimentos de comercialização de alimentos e espaços de educação e de trabalho que sejam promotores de saúde; ampliar o acesso à informação em SAN; instituir estratégias participativas de educação em SAN; e regulamentar os meios de comunicação e as propagandas sob a ótica da saúde.

Palavras-chave SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – POLÍTICAS PÚBLICAS – INTERSECTORIALIDADE.

ABSTRACT This article analyzes the intersectorial articulation in the scope of the Food and Nutritional Security Policy (SAN) and the differential it brings to sectorial actions approaching interventions in health and nutrition as an integrating part of this process. The SAN insertion within the actions developed by the health sector demands that it incorporates the analysis of several determinants in food practices, from production to commercialization, and the access to food in its interface with the family and individual food use. On the other hand, the implementation of these sectorial policies considering the health aims leads to: a new food production model based on food variety, cultural diversity, sanitary and nutritional quality; the development of a production process that brings no risks to the laborer and the consumer's health; the implementation of spaces for food commercialization and spaces for education and labor that promote health; more access to information about SAN; the establishment of participative strategies for education in SAN and the regulation of the media and advertisement regarding health.

Keywords FOOD AND NUTRITIONAL SECURITY – PUBLIC POLICIES – INTERSECTORIAL ARTICULATION.

LUCIENE BURLANDY*

Departamento de Nutrição Social –
Universidade Federal Fluminense
(UFF/RJ)

*Correspondências: Universidade
Federal Fluminense, Faculdade de
Nutrição, Rua São Paulo, 30, 4º andar,
Centro, 24040-115, Niterói/RJ

burlandy@uol.com.br

Segurança alimentar e nutricional (SAN) é a realização do direito humano a uma alimentação saudável, acessível, de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, respeitando as diversidades culturais e sendo sustentável do ponto de vista socioeconômico e agroecológico. A garantia desse direito impõe a implementação de políticas públicas em diferentes setores (saúde, educação, trabalho, agricultura etc.), envolvendo ações no âmbito da produção, da comercialização, do controle de qualidade, do acesso e da utilização do alimento nos níveis comunitário, familiar e individual.

O Brasil, historicamente, vem desenvolvendo programas nesses diversos campos de atuação. No entanto, principalmente, a partir da década de 90, se fortalece no país uma concepção de política de SAN que advoga um novo formato institucional, destinado a potencializar e dar um caráter diferenciado às ações setoriais até então implementadas. Um dos eixos estratégicos dessa proposta é a intersectorialidade. Este texto analisa a centralidade desse princípio para essa política e o diferencial que agrega às ações setoriais, abordando as intervenções em saúde e nutrição como parte integrante do processo.

A INSERÇÃO DOS OBJETIVOS DE SAN ALTERANDO A LÓGICA DE ATUAÇÃO DOS SETORES

O conceito de SAN acima mencionado remete a um desenho institucional de política pública que é, por princípio, supra-setorial (situado acima dos setores) e que norteia a implementação de ações setoriais a partir de uma compreensão integrada dos componentes alimentar (disponibilidade, produção, comercialização e acesso ao alimento) e nutricional (relacionado às práticas alimentares e à utilização biológica do alimento). Isso implica que cada setor atue em função dos objetivos mais amplos da SAN. Se, por exemplo, o sistema agroalimentar adotado no país atinge metas econômicas, mas gera problemas sociais ao comprometer a sustentabilidade ambiental e estimular práticas alimentares de riscos à saúde (disponibilizando em larga escala e a baixo custo alimentos com alta concentração de calorias, açúcares e gorduras), os objetivos da SAN não serão atingidos.

A SAN lida de forma integrada com os diferentes determinantes da situação alimentar e nutricional de uma população, que, por sua vez, são de naturezas distintas – econômica, psicossocial, ética, política, cultural etc. Portanto, a inserção dos objetivos de SAN em cada política setorial implica uma mudança de lógica de atuação que impõe, necessariamente, o diálogo entre os diversos setores envolvidos. Impõe, antes de tudo, um questionamento das próprias contradições da sociedade que se expressam nos objetivos setoriais mais específicos e que fazem com que, muitas vezes, as ações de determinados setores amortizem ou mesmo anulem o impacto dos demais.

Ao trazer esse tipo de desafio de reflexão para toda a sociedade, a SAN torna-se um componente decisivo para a construção de um projeto de desenvolvimento que integre crescimento econômico, social e humano, resgatando valores éticos, de equidade, de cidadania e culturais.

COMO AS LÓGICAS SETORIAIS CONTRIBUEM PARA UMA POLÍTICA DE SAN

Se, como visto, a inserção do componente de SAN em cada política setorial altera sua lógica de atuação, é fundamental também (e não contraditório) que as especificidades das questões tratadas por cada setor sejam fortalecidas, e não diluídas, no âmbito de uma política de SAN. Dessa forma, a contribuição específica de cada setor pode redimensionar a forma e a atuação dos demais e potencializar resultados – o investimento na saúde, por exemplo, tem repercussões sociais, econômicas etc. e vice-versa.

NÍVEIS DE ARTICULAÇÃO ENTRE OS SETORES

A articulação entre os setores pode se dar em diferentes níveis, conforme proposto:

- a) *multi-setorialidade*: cada setor identifica programas que são prioritários em seu âmbito de atuação para alcançar um objetivo mais amplo de governo, como a SAN, e esses programas recebem um selo de prioridade, ou seja, uma garantia de recursos e uma atenção especial dos gestores, incluindo apoio técnico para implementação local. Esse tipo de estratégia promove ganhos setoriais pontuais e uma maior aproximação dos diferentes setores a uma lógica macro-setorial, mas não necessaria-

mente a intersetorialidade, porque cada setor continua implantando seus próprios programas.

- b) *intersectorialidade*: os diferentes setores constroem de forma conjunta e pactuada um projeto integrado destinado a alcançar objetivos mais amplos, como a SAN. Esse planejamento inclui a identificação de determinantes-chave das situações de insegurança alimentar e a formulação de intervenções estratégicas que transcendem as ações setoriais e impactam diferentes dimensões do problema. Conseqüentemente, os recursos são alocados em função dessas prioridades, num processo que é, simultaneamente, técnico e político. Como exemplo, as ações de apoio à produção de pequeno e médio portes e a comercialização de seus produtos, aproximando-os dos consumidores, impactam as condições de trabalho e renda, com implicações no quadro de saúde, ao mesmo tempo em que possibilitam a aquisição de alimentos a um custo mais baixo. Esse tipo de lógica, naturalmente, é mais difícil de ser implementado, pois implica processos mais longos de trabalho e de negociação política.

A coordenação e a articulação intersetorial impostas por uma política de SAN podem contribuir, também, para potencializar os recursos existentes que estão dispersos nos vários setores de governo. No nível local, essa aproximação tem repercussões diretas na otimização dos recursos materiais, como transporte, equipamentos e materiais, que são potencializados pela concentração de esforços das diferentes secretarias em torno de um projeto comum.

DESAFIOS PARA A INTERSETORIALIDADE

O princípio da intersetorialidade é fundamental para que haja um planejamento integrado de governo. No entanto, são características marcantes das políticas públicas no Brasil a fragmentação institucional e a desarticulação entre os setores. As ações da área econômica operam de forma desarticulada com os programas sociais e os ministros da área social (saúde, educação, ação social etc.) têm baixa capacidade de interferência nas arenas que definem as políticas relacionadas a temas cruciais, como as condições de negociação da dívida externa e a alocação de recursos.⁴

Há, também, desarticulação entre os ministérios do setor social e múltiplas instituições que competem por recursos. Essa competição parece ser maior no setor social porque seu potencial de utilização dos recursos é subtraído pelos grupos de pressão, que se colocam como *atravessadores* em diversas etapas do processo de implementação dos programas. Os programas de subsídio à comercialização de alimentos, voltados para segmentos de baixa renda, são cooptados e intermediados, em suas diversas etapas, por diferentes setores: os grupos políticos e os comerciantes locais, grupos de pressão comercial em outras esferas (regionais, centrais). Isso ativa a competição interorganizacional pela reduzida porção de recursos remanescentes.⁴

Problemas complexos como a SAN exigem a construção de pactos nacionais mais amplos, o que não significa eliminar os conflitos entre os atores envolvidos (o que seria impossível), mas submeter a lógica dos interesses em jogo a um sistema integrado, capaz de ajustar as diferentes visões.³ Grande parte dos conflitos políticos refere-se à alocação dos recursos públicos, e organizações situadas em diferentes setores governamentais e da sociedade acabam tornando-se competidores potenciais pelos recursos existentes. O comprometimento com projetos integradores implica abrir mão de objetivos e recursos de curto e de médio prazo em função de ganhos futuros. A adesão dos atores depende do quanto esse projeto é consistente politicamente e construído coletivamente e de forma pactuada, ajustando as diferentes lógicas setoriais.

MECANISMOS DE ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

Um possível desenho institucional promotor da intersetorialidade contempla a existência de conselhos integrados por diferentes lideranças setoriais (principalmente os mais altos escalões do governo, responsáveis por decisões políticas estratégicas), que podem contribuir para a construção de pactos em torno de decisões-chave sobre alocação de recursos, para um planejamento global que dê direção comum aos vários setores, evidencie as áreas de interseção e permita a identificação de intervenções estratégicas. Simultaneamente, são fundamentais os espaços de interação mais cotidiana, como uma unidade conjunta de trabalho entre os setores para o monitoramen-

to sistemático das ações setoriais.⁴ Esse monitoramento deve, também, contemplar o próprio processo decisório, identificando de que forma decisões de um setor minimizam ou potencializam o impacto de outras. É fundamental que os setores adotem indicadores semelhantes para acompanhar o problema em pauta e avaliar o impacto geral do conjunto de ações por eles desenvolvidas. Considerando a amplitude da SAN, pode-se agrupar as variáveis por grandes eixos de política: produção, abastecimento e comercialização, acesso e utilização.

Entre as iniciativas que vêm sendo desenvolvidas nesse sentido, destaca-se a Vigilância Alimentar e Nutricional, que consiste no monitoramento contínuo de informações sobre a situação alimentar e nutricional de uma dada população em todas as fases da cadeia produtiva: produção, comercialização, acesso, utilização biológica do alimento, estado nutricional e saúde. Na prática, nem todas essas dimensões vêm sendo implementadas, restringindo-se, muitas vezes, aos dados antropométricos (peso/estatura/idade) da população atendida por programas do governo federal. No entanto, a vigilância é um subsídio fundamental para uma política de SAN, tanto indicando tendências no longo do tempo quanto dando visibilidade a grupos populacionais de risco. Esses grupos devem ser o público prioritário de programas sociais, inclusive porque, em geral, têm mais dificuldades de acesso às ações públicas como um todo.^{1, 2, 5}

ACÇÕES DE SAÚDE E INTER-RELAÇÕES ENTRE OS COMPONENTES ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Ao integrar uma política de SAN, o setor saúde tem suas ações redimensionadas pela inserção neste objetivo mais amplo, levando a uma maior articulação com os aspectos de produção, comercialização e acesso aos alimentos. Simultaneamente, impacta as ações dos demais setores, ao ressaltar a importância do componente nutricional.

A inserção da ótica de saúde no setor produtivo de alimentos reconfigura seu atual perfil. Parte dos problemas de saúde e nutrição origina-se das próprias condições de trabalho e do modelo de produção adotado – marcado pelo uso indiscriminado de produtos químicos no plantio ou de

hormônios na criação de animais, que põe em risco a saúde tanto do trabalhador quanto do consumidor –, além da pauperização e exploração do trabalho, que contribuem para falta de acesso aos alimentos. Em relação a esse problema, o apoio (em termos de crédito e assistência técnica) a pequenos e médios produtores é uma medida de alto impacto social e com possíveis repercussões positivas do ponto de vista da saúde e da agroecologia. Esses grupos são os que mais sofreram os impactos sociais negativos do modelo produtivo prevalente. Por outro lado, contribuem para uma forma de produção menos agressiva, do ponto de vista agroecológico, e capaz de resgatar a diversidade cultural local de alimentos. A garantia do escoamento dessa produção, inclusive por meio de programas governamentais, pode ser uma medida importante.

Outra parte dos atuais problemas de saúde da população brasileira advém de questões relacionadas a uma ordem distinta de fatores. A qualidade dos alimentos e dos produtos alimentícios, tanto em termos de inocuidade quanto por sua composição nutricional, é parte desse conjunto de questões. Determinadas formas de processamento acabam por destruir as qualidades originais do alimento, descaracterizando-o de sua forma natural ou adicionando uma quantidade significativa de produtos químicos. O perfil produtivo também influencia o consumo, seja pelo preço ou por uma maior disponibilidade de determinados alimentos e produtos no mercado. Uma produção intensiva que prioriza um número limitado de espécies mais rentáveis acaba por prejudicar a diversidade cultural e a disponibilização de uma alimentação variada, que são fundamentais do ponto de vista da saúde. Além disso, o controle de focos de contaminação nos processos de transporte e armazenagem de alimentos também constitui questão-chave na ótica sanitária e nutricional.

A garantia de condições para que a população exerça sua autonomia decisória e possa, efetivamente, optar por escolhas mais saudáveis impõe revisões importantes no âmbito da comercialização de alimentos. Isso implica conceber os estabelecimentos que comercializam refeições como instituições promotoras de saúde, em que se garantam não só a qualidade higiênico-sanitária em todas as etapas da produção de refeições, mas, também, a qualidade nutricional, disponibilizando preparações saudáveis (com baixa concentra-

ção de gorduras e açúcares e variada, de acordo com os diferentes grupos de alimentos: frutas, verduras, legumes, carnes, massas).

Além desses fatores, a garantia de acesso à informação é estratégica para o exercício da cidadania alimentar, sejam informações sobre direitos legalmente consagrados, mecanismos de exercício desses direitos, políticas públicas existentes, sejam as referentes às questões nutricionais, como a disponibilização das informações nos rótulos dos alimentos, os princípios de uma alimentação saudável e o controle da propaganda em torno da alimentação. No que se refere a esta questão, cabe, por um lado, construir junto à população habilidades críticas sobre as estratégias de marketing de alimentos industrializados que podem induzir um perfil de consumo de risco à saúde e, por outro, regulamentar a propaganda sob a ótica da saúde.

Cabe destacar que alguns programas públicos exercem papel importante no processo de formação de hábitos alimentares saudáveis, como aqueles destinados aos escolares e trabalhadores – o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). O ambiente escolar e o local de trabalho são espaços estratégicos de vivência e formação de hábitos, onde os indivíduos passam parte importante de seu tempo e ali não só suprem necessidades vitais, como a da alimentação, mas também constroem valores. Esses programas, portanto, cumprem as importantes funções de suprir essas necessidades e contribuir para a promoção de práticas alimentares saudáveis, seja disponibilizando alimentos e refeições pautados nos princípios da saúde, seja pela promoção de atividades de educação participativa. A ótica da SAN, como dito anteriormente, reforça a importância de uma maior articulação desses programas com os pequenos e médios produtores locais, escoando a sua produção e resgatando a dimensão da cultura alimentar local (frutas, verduras e legumes, alimentos regionais etc.).

As ações de educação em saúde e nutrição destacam-se no âmbito da política de SAN pela prevalência crescente de problemas associados ao perfil de consumo alimentar (obesidade, anorexia, bulimia etc.). Por outro lado, a concepção de SAN redimensiona os objetivos mais específicos do setor de saúde no que se refere à educação nutricional ou à educação para o consumo alimentar.

Tradicionalmente, as ações setoriais no campo da educação alimentar priorizaram estratégias de disseminação de informações sobre os riscos associados a determinadas práticas alimentares (consumo de alimentos com alta concentração de gorduras, açúcares etc.) visando à adoção de um perfil de consumo mais saudável. Ainda que, como dito anteriormente, o acesso à informação seja primordial para a adoção de práticas saudáveis, ele não é suficiente para reestruturar o comportamento alimentar disseminado de forma mais ampla na sociedade. A educação na ótica da SAN impõe que esse processo seja compreendido e enfrentado de forma integrada em todos os seus componentes (produção, comercialização, acesso, cultura, valores sociais etc.), e não apenas na dimensão mais específica do consumo individual e de suas repercussões no estado nutricional. Essa abordagem se aproxima das estratégias mais recentes de promoção à saúde, que também vêm contribuindo para redimensionar as práticas dos profissionais dessa área para além das ações específicas do setor, ao considerarem os determinantes mais amplos desse quadro.

As práticas alimentares ao mesmo tempo expressam e são condicionadas pelo conjunto de valores de uma determinada sociedade. Elas revelam características gerais dos modos de vida adotados e dos limites e possibilidades que eles impõem e se referem a diferentes dimensões desse processo: o que é selecionado como alimento – a partir da disponibilidade condicionada pelo clima, pelo que é plantado, em que quantidade, o que se destina ao consumo interno e ao externo, o acesso físico e financeiro aos alimentos e às refeições prontas nos diferentes estabelecimentos comerciais, os aspectos culturais, subjetivos e sociais que influenciam os gostos e o que é aceito como comestível, as formas de preparo, a quantidade de alimentos consumidos, com quem as refeições são compartilhadas, em que horários e periodicidade elas se realizam, fatores que são influenciados, cada vez mais, pelos processos de trabalho, pelo deslocamento entre a casa e o trabalho, pelo tempo destinado à alimentação etc.

A adoção de práticas alimentares saudáveis implica a possibilidade de realizar escolhas em todos esses níveis. Não há como operacionalizar opções saudáveis sem condições de acesso financeiro e físico a alimentos de qualidade (seja do ponto de vista das condições físico-químicas, da inocuidade ou da composição nutricional) e sem

o acesso a refeições saudáveis em locais próximos ao trabalho, à escola etc. Por outro lado, não há como rever essas práticas sem compreender de que forma a sociedade, como um todo, produz e reproduz comportamentos coletivos mais amplos.

Mudanças recentes nas relações entre nações, com o crescente intercâmbio de informações, práticas e bens de consumo, aliado à urbanização acelerada, com a conseqüente alteração nas relações entre tempo e espaço, a valorização de objetivos econômicos, a diversificação e acentuação do consumo, a competitividade e o individualismo, se refletem nas práticas alimentares de diversas formas. Algumas culturas são mais permeáveis à influência de outras e adotam com mais facilidade seus valores e práticas. Além disso, são variados os efeitos dessa confluência de fatores que interferem na alimentação: a valorização da praticidade ao se alimentar (produtos prontos, de rápido preparo), o custo, a supervalorização do corpo e da estética como elemento de competitividade – o que pode levar ao controle exagerado do peso –, a supervalorização da alimentação como fator de compensação psicológica ao desgaste decorrente do modo de vida moderno etc. São necessidades múltiplas que se chocam, numa tentativa de convivência de objetivos sociais por vezes contraditórios (alta produtividade e competitividade, concentração econômica, equidade, saúde, magreza etc.).

Em relação à utilização do alimento no âmbito familiar e individual em sua interface com os aspectos nutricionais e biológicos, cabe destacar que a presença de indivíduos enfermos, em risco nutricional ou que demandam cuidados específicos em saúde de acordo com as diferentes fases do ciclo de vida, afeta diretamente a capacidade produtiva e o acesso e utilização da renda, de bens e de serviços públicos em geral por parte das famílias. Dessa forma, programas destinados ao atendimento em saúde e nutrição para esses segmentos têm impacto importante não só na saúde, mas em todas as demais dimensões da vida econômica e social desses grupos. Incluem-se nesse conjunto de ações programas de suplementação alimentar e combate a carências nutricionais específicas, como desnutrição, anemia, hipovitaminose A, bócio endêmico, e programas de

complementação de renda associados a ações de saúde. Medidas de promoção da alimentação saudável devem se adequar às diferentes fases do ciclo de vida nos diferentes espaços públicos, como as redes de ensino e de saúde, meios de comunicação de massa, indústrias, locais de comercialização de alimentos, organizações sociais e governamentais. Na ótica da SAN, essas ações – desde o atendimento ambulatorial até as medidas curativas, ações educativas etc. – devem envolver a análise de todos os aspectos do processo de produção, comercialização, acesso e utilização do alimento junto à população, considerando que, em seu cotidiano, eles interagem intimamente na conformação de sua realidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma política de SAN tem na intersetorialidade um princípio central que qualifica e redimensiona as ações setoriais pré-existentes. Para que ela ocorra, é fundamental, primeiro, que a SAN seja de fato assumida como componente estratégico de governo e que sejam construídos acordos políticos e negociados ganhos de curto, médio e longo prazos entre os atores envolvidos no processo. A inserção do componente de SAN redimensiona as ações do setor saúde, ao aproximá-las das dimensões de produção, comercialização, acesso e comportamento alimentar para além dos aspectos nutricionais. Por outro lado, a implementação das ações nos setores de produção, comercialização e distribuição de alimentos sob a ótica da saúde impõe uma revisão do modelo produtivo adotado; a consolidação de instituições promotoras de saúde (escolas, estabelecimentos comerciais etc.); um maior controle da qualidade do alimento, tanto do ponto de vista sanitário quanto de sua composição nutricional; a ampliação do acesso à informação e a estratégias educativas participativas em SAN; e a regulamentação da propaganda em torno dos alimentos considerando os riscos à saúde. Essa riqueza de interseções será maior na medida que a intersetorialidade seja, de fato, promovida a partir de projetos integradores, que tratem as dimensões alimentar e nutricional de forma indissociada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burlandy L, Anjos LA. Acesso a vale-refeição e estado nutricional de adultos beneficiários do Programa de Alimentação do Trabalhador no Nordeste e Sudeste do Brasil, 1997. *Cad Saúde Públ* 2001;17:1457-64.
2. _____. Acesso à merenda escolar e estado nutricional de escolares no NE e SE do Brasil, 1997. *Anais do 2.º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde*; 1999; Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.
3. Diniz E. Crise, governabilidade e reforma do Estado: em busca de um novo paradigma. In: Gershman S, Vianna MLW (org.). *A miragem da pós-modernidade. Democracia e política sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Editora Focruz; 1997.
4. Kliksberg B, org. *Pobreza, un tema impostergable nuevas respuestas a nivel mundial*. 4.ª ed., Brasília. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 1992.
5. Lopes JFB. Política social: subsídios estatísticos sobre a pobreza e acesso a programas sociais no Brasil. São Paulo: *Rev Est Avan* 1995;9 (24):141-56.

Submetido: 10 maio 2004

Aprovado: 6 jul. 2004

Contribuições da Educação Nutricional à Construção da Segurança Alimentar

Contributions of Nutrition Education for the Construction of Food Security

RESUMO O ensaio conceitua educação nutricional como um conjunto de estratégias sistematizadas para impulsionar a cultura e a valorização da alimentação, concebidas no reconhecimento da necessidade de respeitar, mas também modificar crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação, visando o acesso econômico e social de todos os cidadãos a uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada, que atenda aos objetivos de saúde, prazer e convívio social. São propostos quatro enfoques fundamentais às intervenções: direito à alimentação, promoção à saúde, sustentabilidade ambiental e cuidado. A fim de garantir que as intervenções alcancem todos os segmentos populacionais, recomenda-se o seu desenvolvimento nas seguintes áreas: ensino formal da pré-escola à universidade, educação informal, serviços e redes sociais de apoio, conselhos municipais de segurança alimentar, rede básica de saúde e por intermédio da mídia. Aponta como condição à efetividade das intervenções a necessidade de uma visão abrangente de alimentação, apoiada em conhecimentos das áreas de psicologia social e antropologia, além de nutrição. No âmbito da educação, sugere como marco teórico o pensamento pedagógico de Paulo Freire.

Palavras-chave EDUCAÇÃO NUTRICIONAL – SEGURANÇA ALIMENTAR – EDUCAÇÃO EM SAÚDE – PROMOÇÃO À SAÚDE.

ABSTRACT The essay conceives nutritional education as a set of organized strategies that seek to improve culture and food valorization, conceived in the recognition of the need to respect but also modify beliefs, values, attitudes, representations, practices and social relations regarding food. The aim of these strategies is the economic and social access of all citizens to adequate food, both in quantity and quality, in order to pursue health, pleasure and social living. Four fundamental focuses are proposed in order to base the interventions: the right to food, health promotion, environmental sustainability and care. In order to ensure that such interventions reach all social segments, some areas should be developed. They are: formal teaching, from pre-school to university, non-formal education, social services and social support networks, municipal councils for food security, health care networks, and the media. The text points out, as a condition for the effectiveness of interventions, the need of a comprehensive approach of food practices including the knowledge of social Psychology and Anthropology besides Nutrition. In the educational area, Paulo Freire's pedagogical thought is suggested as a theoretical framework.

Keywords NUTRITIONAL EDUCATION – FOOD SECURITY – HEALTH EDUCATION – HEALTH PROMOTION.

MARIA CRISTINA FABER BOOG*

Departamento de Enfermagem –
Faculdade de Ciências Médicas
(Unicamp/SP)

*Correspondências: Rua Pedro
Leardini, 200, 13271-651, Valinhos/SP

crisboog@fcm.unicamp.br

INTRODUÇÃO

A educação nutricional voltada à segurança alimentar e nutricional compete contribuir, na sua área de conhecimento, ao enfrentamento do desafio de reconstruir um mundo livre da tragédia da fome – meta de curto, médio e longo prazo que demanda ações amplas e integradas ao planejamento econômico, à agricultura, à educação, à saúde, apenas para citar algumas das múltiplas interfaces que colocam a alimentação como questão a ser analisada em complexidade,²³ termo que tem sido empregado para referir realidades ou problemas multidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários, como é a fome.

No Brasil, o *status* da educação nutricional oscilou, da segunda metade do século XX até os dias atuais, de política de Estado, nos anos 40 e 50, ao descrédito, nas décadas de 70 e 80, fase referida por Castro e Peliano⁶ como exílio da educação nutricional. Nos anos 90, ressurgiu o interesse por ações nessa área, diante da necessidade de intervenção sobre a crescente prevalência de obesidade e doenças crônico-degenerativas, problemas cujo controle demanda ações de educação nutricional para indivíduos de todos os estratos sociais. A partir de 1996, com a assinatura da Declaração de Roma, que selou os compromissos assumidos pelos participantes da reunião da Cúpula Mundial de Alimentação, na qual vários países propuseram-se a estudar a implementação de políticas voltadas ao combate à fome,¹¹ foi despertado o interesse a respeito das possíveis contribuições da educação nutricional para a consecução dessa meta, o que constituiu uma nova agenda para esse campo de conhecimento.

Procurando conferir ao tema uma abrangência ampla, conceituamos educação nutricional como um conjunto de estratégias sistematizadas para impulsionar a cultura e a valorização da alimentação, concebidas no reconhecimento da necessidade de respeitar, mas também modificar crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação, visando o acesso econômico e social a uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada, que atenda aos objetivos de saúde, prazer e convívio social.

Para alcançar efetividade nas ações voltadas à educação nutricional, ela precisa estar contextualizada em programas e ações abrangentes. Propo-

mos quatro enfoques básicos para a educação nutricional voltada à segurança alimentar: direito à alimentação, promoção à saúde, sustentabilidade ambiental e cuidado. Ressaltamos que esses enfoques compõem um pano de fundo para as ações, independentemente do local onde elas forem desenvolvidas. Sem a pretensão de elencar todas as áreas possíveis, entendemos que as mencionadas a seguir representam os principais acessos da população à discussão da segurança alimentar: ensino formal, educação informal, serviços e redes sociais de apoio, conselhos municipais de segurança alimentar, rede básica de saúde e mídia.

ENFOQUES BÁSICOS PARA A EDUCAÇÃO NUTRICIONAL VOLTADA À SEGURANÇA ALIMENTAR

O Desafio de Sensibilizar para o Direito à Alimentação

A fome foi, durante muito tempo, considerada inerente à *inevitável* desigualdade social e a caridade seria o meio de humanizar a relação entre os que desfrutaram de uma situação social e econômica mais privilegiada e aqueles que vivem à margem da sociedade. A fome é, na realidade, um prova cabal de que as organizações sociais se encontram incapazes de satisfazer a mais fundamental das necessidades humanas – a necessidade de alimento –,⁷ de forma que uma educação visando à segurança alimentar não pode apartar-se de mudar essa visão e deve abraçar a tarefa de preparar e estimular crianças e jovens para que participem de atividades destinadas a construir um mundo livre da fome. Por outro lado, a colocação da fome nas metas políticas dos governos requer intervenções mais imediatas atreladas a programas.

A segurança alimentar se dá nos âmbitos planetário, nacional, regional, comunitário e familiar, de forma que, em todos os níveis de ensino, cabe incluir essa pauta a fim de fomentar a internalização da alimentação como direito, com o respaldo da Declaração Universal dos Direitos Humanos (Artigo XXV) e da Constituição Brasileira (Artigo 5.º), e como valor para a vida plena, preservando-se o ambiente, a saúde e a qualidade de vida. Estabelecido o propósito de mudar mentes e acreditando ser isso possível, há que se trabalhar por esse fim oferecendo, no ensino formal, do nível fundamental ao terceiro grau, e também

no informal, conteúdos com o propósito de que todos os cidadãos internalizem a idéia do alimento como direito humano e valor para a saúde e a dignidade humanas. Também é fundamental que os cidadãos problematizem a questão da pobreza, da fome e da desnutrição, pois, como diz Monteiro,²² “embora igualmente graves e indesejáveis, e ainda que compartilhem causas e vítimas, fome, desnutrição e pobreza não são a mesma coisa” (p. 8), e a compreensão profunda desses problemas é condição para que se possa olhar criticamente para a sociedade que os produz e reproduz, identificando o que deve ser modificado, estabelecendo metas viáveis e trabalhando para isso.

Delineia-se, portanto, um problema novo, que é o de estabelecer o que deve ser ensinado para começar a transformar a nossa sociedade em uma sociedade livre da tragédia da fome. De um lado, apresenta-se o desafio de trabalhar com pessoas cuja esperança, iniciativa e desejo de lutar estão adormecidos pela sensação de impotência decorrente do estado de fome e miséria em que vivem. Como diz Novara:

Cada pessoa, cada comunidade, por mais carente que seja, representa uma riqueza e demonstra um grande valor. Para ajudar a desenvolver os próprios talentos e a mover a responsabilidade pessoal, é necessário valorizar e reforçar aquilo que as pessoas já construíram, a própria história, as relações existentes, isto é, reafirmar aquele tecido social e aquele conjunto de experiências que constitui o seu patrimônio de vida. É um ponto operativo fundamental que nasce de uma abordagem positiva da realidade e que ajuda a pessoa a entender o seu próprio valor, a sua dignidade e, desse modo, a desenvolver uma responsabilidade. (Novara,²⁴ p. 115)

De outro lado, apresenta-se a tarefa de despertar para esse problema mentes que jamais sentiram ou viram a fome, embora ela tenha estado presente nos arredores de sua existência desde sempre. Discutir essa questão desafia a aproximar e romper a disjunção existente entre aqueles que passam fome e aqueles que jamais se viram na perspectiva de não ter o que comer. Diferente de tragédias como desastres, cataclismos naturais ou doenças fatais, que atingem pessoas de todas as classes sociais, a fome atinge exclusivamente um segmento social, mais precisamente 1/5 da população brasileira, que não se mistura aos outros 4/5 justamente porque está excluído, isto é, vive à margem da sociedade. Não desfrutar de segurança alimentar é muito diferente de não poder comprar o que se deseja comprar. Via de regra, quem lê e discute a questão da fome nunca se viu às voltas com a insegurança alimentar. Por isso, quando

se discute a fome, discute-se o problema *dos outros*. O primeiro desafio pedagógico é superar essa disjunção nós/butros, desenvolvendo uma educação para a solidariedade que permita perceber *os outros* – os socialmente excluídos – como parte do nós – sociedade brasileira –, pelos quais somos todos responsáveis.

Se educar em alimentação implica resgatar a dignidade, esperança, autoconfiança e força para lutar daqueles que se encontram empobrecidos e excluídos, cabe uma alusão à necessidade de uma análise criteriosa sobre as formas de ajuda alimentar. A carência de alimentos à mesa de uma família desperta sentimentos de solidariedade, caridade e generosidade de forma que, com relativa facilidade, se obtém alimentos para doação. Entretanto, estudos demonstram que a ajuda alimentar guarda uma desconfortável relação com interesses políticos e econômicos,¹⁵ pois a generosidade que sustenta as doações pode representar um braço de uma ordem social que, com o outro, mantém as relações espúrias que geram a fome nos países economicamente dependentes, e até mesmo entre trabalhadores assalariados. Solidariedade pressupõe *dependência mútua* entre os homens, enquanto caridade expressa favor, esmola, compaixão. A doação tem sentido na medida em que quem dá o faz efetivamente por solidariedade e quem recebe não se sinta menos digno e capaz por receber. A análise profunda e crítica das ações em torno de ajuda alimentar transcende o objetivo do presente texto, mas é importante pontuar que doações mal conduzidas podem prestar um desserviço ao propósito de resgatar a dignidade e a autoconfiança dos assistidos.

A educação nutricional deve ser planejada de forma a atingir a população como um todo, bem como comunidades, grupos e indivíduos. Os cidadãos devem familiarizar-se com os problemas nutricionais existentes e com os aspectos da economia que influenciam o acesso à alimentação. A abordagem educativa deve ser pensada na perspectiva do *empowerment*, isto é, da capacitação e do fortalecimento dos indivíduos e da comunidade para alcançar suas metas.¹⁸

Promoção da Saúde

Em 1986, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde emitiu a Carta de Otawa, que aponta como condições e requisitos para a saúde, a paz, a educação, a moradia, a alimenta-

ção, a renda, um ecossistema saudável, justiça social e equidade. A promoção da saúde, que foi objeto de várias outras conferências internacionais posteriores, envolve desde políticas públicas saudáveis até a ampliação do conhecimento das pessoas, pressupondo o seu desenvolvimento integral, aumentando a sua capacidade de influir sobre os fatores determinantes da saúde e de tomar decisões. Várias conferências internacionais trataram do assunto, mas a que mais de perto abordou o tema da educação foi a de 1992, que emitiu um documento final denominado *Declaração de Santa Fé de Bogotá*, que propõe três estratégias para a promoção da saúde na América Latina: 1. impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações; 2. transformar o setor saúde, pondo em relevo a estratégia de promoção à saúde; 3. convocar, animar e mobilizar um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade.⁵ A promoção da saúde visa a população como um todo e não apenas populações marginalizadas. Uma alimentação de má qualidade contribui para doenças como câncer, problemas cardiovasculares, *Diabetes mellitus* tipo 2, entre outras. Organizações nacionais e internacionais têm chamado a atenção para o baixo consumo de frutas e hortaliças em todos os estratos sociais, e esse é um dos fatores que predis põem o organismo a doenças crônico-degenerativas. Alimentar-se bem é um fator fundamental na promoção à saúde que, por sua vez, deve estar nos propósitos do ensino nas escolas, nos setores sociais das empresas,³ nos *campi* das universidades, nas praças de esportes, nas sociedades de amigos de bairro e, sobretudo, em políticas públicas que situem a saúde no topo da agenda política, promovendo-a de setor da administração a critério do governo⁵ e estabelecendo conexões com as várias áreas da administração pública.

Sustentabilidade Ambiental

Cabem, no âmbito do tema, as questões da soberania alimentar e da sustentabilidade ambiental, que têm interfaces com as áreas de agricultura e política econômica.⁹ A primeira procura dar importância à autonomia alimentar dos países e está associada à geração interna de emprego e à menor dependência das flutuações de preços do mercado internacional. A sustentabilidade diz respeito à preservação do meio ambiente, não utilização de agrotóxicos e de produção extensiva em

monoculturas. Ambas estão atreladas à preservação da cultura alimentar e à valorização e manutenção da produção local, aspectos que dizem respeito diretamente à educação nutricional. A adesão indiscriminada a produtos industrializados não compromete apenas a qualidade nutricional da alimentação, pois quando práticas alimentares tradicionais cedem lugar a produtos industrializados, freqüentemente menos saudáveis, mais ricos em gordura e geradores de lixo, compromete-se também a sustentabilidade. Além disso, a aceitação de um produto traz consigo a incorporação de um complexo de valores e de condutas que se acham implicados nesses produtos.²⁵

Alguns especialistas defendem posições radicais, como a de se adotar uma alimentação alternativa. Efetivamente, há uma relação entre o nível em que se dá a alimentação de uma população na cadeia alimentar e a sustentabilidade ambiental.¹⁷ Por outro lado, há segmentos populacionais e segmentos do mercado que consomem e comercializam quantidades de carne incompatíveis tanto com princípios ecológicos e de equidade quanto com a saúde. Tem sido freqüente a proposta de se adotar uma alimentação alternativa ou com alimentos não convencionais. Identificamos a primeira como a adoção voluntária de um padrão alimentar diferente do predominante na cultura local, como a adoção de uma alimentação vegetariana ou ovo-lacto-vegetariana. A palavra alternativa indica que a opção pode ser ora uma, ora outra. Já alimentos não convencionais são alimentos ou partes de alimentos que não integram o padrão alimentar de uma sociedade, cuja introdução é geralmente preconizada para os estratos econômicos mais baixos sob a alegação de que são mais baratos ou não custam nada, pois seriam jogados no lixo. A própria tese subjacente à alimentação não convencional toma por pressuposto a necessidade de adequar o consumo humano à lógica do mercado, ou seja, quem possui recursos escolhe o que deseja comer e quem não possui deve aprender a consumir "alimentos" que estão fora do mercado.

Á educação nutricional compete incentivar a adoção de padrões alimentares sustentáveis e, sobretudo, éticos, isto é, que preservem a saúde, a cultura, o prazer de comer, a vida, os recursos naturais e a dignidade humana.

Cuidado com a Alimentação

Representações e valores embutidos em práticas cotidianas podem ser questionados sob o prisma da segurança alimentar, como a perda da habilidade de cozinhar das novas gerações, que preferem se valer dos produtos semiprontos, industrializados e que, às vezes, sequer sabem manejar uma panela de pressão. Compete à educação nutricional resgatar a dignidade do ato de cozinhar e fortalecer, nas comunidades e no seio das famílias, a disposição para despende tempo e atenção com a alimentação, especialmente de crianças, envolvendo o fornecimento de alimentos nesse processo amplo, diário e repetitivo que é o ato de cuidar, pois a qualidade do cuidado é um fator que pode agravar a situação de insegurança alimentar.²⁰ Atos inerentes ao cuidar e técnicas que, culturalmente, eram passadas de geração a geração, estão se perdendo. Defendemos aqui a posição de que prover a própria alimentação é autocuidado, não sendo, portanto, cabível depender de terceiros para isso. Mulheres e homens, meninas e meninos devem se familiarizar com habilidades culinárias mínimas que lhes permitam gozar de autonomia para prover o autocuidado em relação à alimentação e cuidar da alimentação das crianças pequenas.

ÁREAS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DESTINADAS À EDUCAÇÃO NUTRICIONAL

Ensino Formal

As crianças em idade pré-escolar podem começar a conhecer alimentos locais e sazonais e os escolares poderão explorar as cadeias alimentares locais, sempre retornando à análise crítica de sua própria alimentação. Obviamente, todos os alimentos consumidos na escola – quer procedentes da merenda escolar, quer de lanches trazidos de casa ou de cantinas – devem se coadunar com o propósito da educação nutricional que, por sua vez, deve contemplar aspectos nutricionais, comensalidade e padrões culturais para que a criança conheça e aprenda a apreciar e valorizar a cultura alimentar da região e do país. Trata-se de fomentar o gosto pelas coisas da *sua* terra por intermédio do conhecimento das produções locais, das pessoas – agricultores – responsáveis pela produção, familiarizando-se com os alimentos naturais. Frequentemente, vêem-se pessoas que se

propõem, com a maior disposição, a pagar por um refrigerante fabricado numa indústria em vez de fazê-lo por uma fruta, não aventando que a fruta foi plantada, cuidada, colhida e estocada para, finalmente, chegar às mãos do consumidor. O gosto pelas coisas da terra passa também pelo respeito aos homens e mulheres que os produzem. Portanto, conhecer e aprender a respeitar esses trabalhadores faz parte da educação nutricional para a segurança alimentar e para o desenvolvimento do amor à terra e ao que ela produz. Infelizmente, falta-nos ainda literatura sobre o assunto, adaptada aos diversos níveis de ensino. Há alguns livros publicados,^{1, 2, 19, 27} mas, com a valorização do tema, professores de várias áreas poderão estabelecer conexões entre conteúdos específicos de sua disciplina e questões relacionadas à segurança alimentar. Afinal, alimentação é um tema central da vida e da vida em sociedade, de forma que, em todas as disciplinas, há uma forma de estabelecer relações com a alimentação.

Educação Informal

Serviços sociais, empresas de refeições coletivas e serviços de orientação ao consumidor podem desenvolver atividades de educação nutricional, no sentido de influenciar os padrões de consumo, fomentando a segurança alimentar e as práticas alimentares saudáveis. Muitos aspectos da alimentação podem ser trabalhados: revalorizar comidas artesanais, incentivar a culinária típica, explorar a biodiversidade, favorecer o desenvolvimento microeconômico por meio da capacitação profissional,^{3, 12, 21} desenvolver o senso crítico em relação ao consumismo e aos apelos mercadológicos, evitar o desperdício e desenvolver padrões de excelência organoléptica explorando a riqueza de aromas de ervas naturais.

Serviços Sociais e Redes Sociais de Apoio

A população deve ser informada da existência de grupos que vivem na condição de insegurança alimentar, e as comunidades devem saber quem são as pessoas em situação de insegurança alimentar, onde elas estão, quem são os desnutridos.²¹ Já foi demonstrado que o saneamento básico, a assistência à saúde, o acesso, especialmente das mulheres, à educação e, logicamente, emprego para homens e mulheres são medidas fundamentais para combater a desnutrição.²² As redes sociais de apoio prestam ajuda material e funcionam como agentes de integração, de socialização e de

solidariedade para as populações mais carentes. Também as redes informais de entre-ajuda – mais comuns em cidades pequenas, onde os vínculos familiares, de amizade e de conhecimento são mais estáveis – são recursos para o enfrentamento das condições de pauperismo. Como diz Gerhardt:¹⁶

É a dinâmica das relações humanas que está na base da estrutura das redes e das formas de entre-ajuda. Assim, as redes de entre-ajuda não podem ser isoladas do contexto que as faz emergir e da dinâmica das relações interpessoais, ou seja, da empatia, das relações afetivas, das relações de companheirismo, dos gestos gratuitos dificilmente quantificáveis. (Gerhardt,¹⁶ 2003)

Conselhos Municipais de Segurança Alimentar

Os membros que compõem os conselhos municipais de segurança alimentar precisam capacitar-se para debater e buscar alternativas sem discriminar qualquer área de conhecimento, em respeito à multidimensionalidade dessa questão.

Os membros dos conselhos devem conhecer quais são os problemas nutricionais, qual a prevalência de desnutrição no seu município e buscar compreender esse aparentemente insólito paradoxo do crescimento da prevalência de obesidade associada à insegurança alimentar, para que não se criem ilusões de que o mero fornecimento de alimentos às pessoas pobres resolveria os problemas nutricionais.²⁶

Rede Básica de Saúde

É imprescindível a incorporação de ações de educação nutricional em todos os programas de saúde, tanto naqueles voltados à promoção da saúde como nos dirigidos à prevenção e ao controle das doenças.⁴

Mídia

Por intermédio de uma divulgação adequada da problemática da insegurança alimentar na mídia, apoiada com a discussão em escolas, serviços de saúde, creches, empresas e instituições comunitárias, em geral, é possível sensibilizar as pesso-

as e fazer chegar até elas o debate sobre as formas de enfrentamento do problema. Mensagens relativas à promoção da saúde veiculadas pela mídia podem ter um grande impacto desde que sejam discutidas, reforçadas e ampliadas no âmbito da educação formal e informal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o sucesso das ações de educação em nutrição, é fundamental a compreensão profunda e abrangente do significado da alimentação na vida, na vida cotidiana¹⁰ e na vida em sociedade, pois ela não pode ser reduzida a um fenômeno apenas biológico. A maneira de nos alimentarmos expressa nossa história, nossa identidade cultural, organização social, poder político e econômico. Por meio dela, expressamos desejos e afetos e, cuidando dela, promovemos a saúde e fortalecemos os vínculos sociais, o sentimento de pertença a um grupo e expressamos nossa forma de ser no mundo.^{8, 13} O conhecimento de psicologia social e antropologia da alimentação deve sempre subsidiar as intervenções na área de educação nutricional.

Transcende os objetivos deste ensaio uma abordagem sobre os fundamentos filosóficos que devem nortear a abordagem pedagógica. Limitamo-nos, assim, a sugerir que a leitura da extensa obra de Paulo Freire seja a referência básica para a formação dos educadores em nutrição. Ninguém como ele conseguiu tão bem discutir as possibilidades e os limites da educação formal e informal, a natureza da educação como ato político, as características e o potencial da dialogicidade para a construção da autonomia, a educação como caminho para a libertação das condições sociais de opressão, focalizando a educação como via para a transformação da situação concreta de existência¹⁴ a fim de que se possa desfrutar de uma vida digna, na qual se inclua, entre outras condições, a segurança alimentar e nutricional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abramoway R. O que é fome. São Paulo: Abril/Brasiliense; 1985.
2. Adas M. A fome: crise ou escândalo? São Paulo: Moderna; 1988.
3. Belik W. Segurança alimentar: como as empresas podem participar do combate à fome. São Paulo: Instituto Ethos; 2003.
4. Boog MCF. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. Cad. Saúde Públ 1999;15 Supl 2:139-47.
5. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciên Saúde Colet 2000;5 (1):165-77.

6. Castro CM, Peliano AM. Novos alimentos, velhos hábitos e o espaço para ações educativas. In: Castro CM, Coimbra M. O problema alimentar no Brasil. São Paulo: Unicamp/Almed; 1985, 195-213.
7. Castro J. Fome: um tema proibido. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
8. Contreras J. Antropología de la alimentación. Madrid: Eudema; 1993.
9. Conway G. Produção de alimentos no século XXI: biotecnologia e meio ambiente. São Paulo: Estação Liberdade; 2003.
10. Dibsall LA, Lambert N, Frewer LJ. Using interpretative method phenomenology to understand the food-related experiences and beliefs of a select group of low income UK women. *J Nutr Educ Behav* 2002;34 (6):298-309.
11. FAQ. Que es el derecho a la alimentación? [Acesso em 2004 fev. 1]. Disponível em: < www.fao.org/worldfoodsummit/spanish/focus/focus6> .
12. Favaro T. Centro de treinamento dá curso sobre panificação. *Correio Popular* 2004 fev 29; Cenário XXI:4.
13. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 7.ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1998.
14. Fischler C. El (h)omnívoro. Barcelona: Anagrama; 1995.
15. George S. O mercado da fome: as verdadeiras razões da fome no mundo. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1978.
16. Gerhardt TE. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. *Ciênc Saúde Colet* 2003;8 (3) [Acesso em 2004 fev. 20]. Disponível em: < www.scielo.br> .
17. Greif S. Sustentabilidade econômica e ecológica mediante a opção pelo vegetarianismo. *Cad Debate* 2002;9:55-68.
18. Hamm MW, Bellows AC. Community food security and nutrition educators. *J Nutr Educ Behav* 2003;35 (1):37-43.
19. Helene MEM, Marcondes B, Nunes E. Fome. São Paulo: Scipione; 2003.
20. Martin-Prevèl Y. Soins et nutrition publique. *Santé* 2002;12 (1):86-93.
21. McCollum C, Pelletier D, Barr D, Wilkins J. Agenda setting within a community-based food security planning process: the influence of power. *J Nutr Educ Behav* 2003;35 (4):189-99.
22. Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. *Est Avan* 2003;17 (48):7-20.
23. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 3.ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Cortez, Brasília: Unesco; 2001.
24. Novara E. Promover os talentos para reduzir a pobreza. *Est Avan* 2003;17 (48):101-22.
25. Ortigoza SAR. O fast-food e a mundialização do gosto. *Cad Debate* 1997;5:21-45.
26. Peña M, Bacallau J. La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. Washington: OPAS/OMS, 2000.
27. Ziegler J. A fome no mundo explicada ao meu filho. Petrópolis: Vozes; 2002.

Submetido: 10 maio 2004
Aprovado: 2 jul. 2004

O Profissional de Nutrição Frente à Segurança Alimentar e Nutricional

The Nutrition Professional in Face of Food and Nutritional Security

RESUMO De sua origem até a presente data, a profissão de nutricionista não se prendeu apenas a um setor. A evolução do profissional no Brasil realizou-se sob condições específicas e relacionadas tanto ao processo social como aos setores de saúde e de produtividade. Essa evolução ampliou a formação do profissional de modo a atender às expectativas no campo da vigilância nutricional e alimentar; assistência nutricional ao indivíduo e aos grupos populacionais; gerenciamento de produção de refeição; marketing em alimentação e nutrição, entre outros. O crescimento populacional e as políticas de saúde resultaram em um perfil nutricional diversificado nas regiões geográficas brasileiras. Esse panorama da saúde brasileira exige a atuação de nutricionistas altamente qualificados que, integrados com profissionais de outras áreas, sejam capazes de programar e executar planos de intervenção fundamentados em conhecimentos científicos para promover práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, além da prevenção e do controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição. Todas essas considerações ratificam o estudo da profissão frente à segurança alimentar e nutricional, de modo a que os nutricionistas possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. Aliadas a esses aspectos, discussões sobre o processo de alimentação e nutrição precisam ser enfatizadas e conduzidas pelos profissionais para que sejam desenvolvidas competências, habilidades e atitudes para atuar em políticas e programas de educação, segurança e vigilância nutricional, alimentar e sanitária.

Palavras-chave NUTRICIONISTA – VIGILÂNCIA NUTRICIONAL – FOME – OBESIDADE.

ABSTRACT From its origins to the present time, the Nutrition professional has not been limited to a single sector. The professional's evolution in Brazil occurred under specific conditions related to both the social process and the health and productivity sectors. Such evolution enlarged the professional's education in order to meet the expectations of several fields of action, such as: food and nutritional surveillance; nutritional assistance to individuals and social groups; meal production management; marketing in food and nutrition, and others. The populational growth and the health policies resulted in different nutritional profiles in Brazil's many geographic areas. Such panorama of the Brazilian health care situation demands the action of highly qualified nutritionists that, together with other professionals areas, are capable of programming and performing intervention plans based on scientific knowledge in order to promote food practices and healthy lifestyles, besides preventing and controlling nutritional disturbances and diseases associated to food and nutrition. Such considerations confirm the

SANDRA MARIA CHEMIN
SEABRA DA SILVA*
Curso de Nutrição – Centro Universitário São Camilo/SP

*Correspondências: Rua Francisca Júlia, 286, ap. 43, Santana, 02403-010, São Paulo/SP

nutri@scamilo.edu.br

profession's study in face of food and nutritional security, so that nutritionists are able to contribute to the improvement of the population's quality of life. Moreover, debates on food and nutrition processes should be emphasized and conducted by professionals for the development of competencies, abilities and attitudes to act in educational policies and programs, besides food, nutritional, and sanitary security and surveillance.

Keywords NUTRITIONIST – FOOD SURVEILLANCE – HUNGER – OBESITY.

INTRODUÇÃO

As diretrizes curriculares para os cursos de nutrição definem o perfil do egresso como o profissional com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e pautando-se em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural.

A orientação para que se formem profissionais capacitados a atuar em segurança alimentar em todas as áreas de conhecimento em que a alimentação e nutrição se apresentem como fundamentais determina a necessidade de profunda reflexão sobre o binômio segurança alimentar e nutricional-profissional da nutrição.

No sentido de embasar esta reflexão, apresenta-se a seguir breve histórico sobre o ensino de nutrição no Brasil e a atual situação nutricional da população brasileira.

PANORAMA DO ENSINO DE NUTRIÇÃO NO BRASIL

Embora haja divergências quanto ao embrião da profissão de nutricionista, um ponto é comum: o profissional surgiu dentro do setor saúde, tendo como objeto de trabalho a alimentação do homem nos planos individual e coletivo.^{3, 16}

Desde 1939, quando surgiu o primeiro curso de nutrição no país, até o momento atual, o panorama dos cursos de nutrição no Brasil sofreu várias mudanças, porém uma fundamentação permaneceu constante: o alimento como agente de tratamento. No período inicial, na década de

40, o Brasil mostrava-se, teoricamente, preocupado com a nutrição, tendo como pano de fundo um pseudonacionalismo – ou seja, o Estado Novo do governo de Getúlio Vargas, que buscava legitimização na área social.^{13, 16}

No período compreendido entre 1939 e 1970, o ensino da nutrição foi caracterizado pelo tecnicismo e pelo biologismo. Na década de 70, juntamente com a reforma universitária, surgiram as primeiras firmas privadas de alimentação que prestavam serviços por meio de contratos. Isso representou uma nova área de atuação para o nutricionista e, conseqüentemente, passou a influenciar a formação acadêmica, que se voltou à alimentação institucional. Ao gerenciar a produção da refeição, as empresas afastaram o nutricionista das discussões sobre suas responsabilidades sociais e buscaram, no profissional, uma fonte de aumento de lucro. Na década de 80 e 90, vários estudos^{1, 5} e discussões foram conduzidos, reoxigenando os questionamentos ideológicos e buscando uma autonomia profissional.

Vale destacar que esses dois elementos – de um lado, um profissional de saúde preparado para lidar com efeitos biológicos da nutrição e, de outro, um administrador de rações alimentares que suavizasse os efeitos da pobreza – despertaram a consciência social e fizeram com que a categoria mobilizasse uma transformação da profissão, abrindo novas frentes de trabalho.³

No campo da política educacional, com a reforma universitária de 1968 (Lei 5.540, de 28 de novembro de 1968), iniciou-se o amplo alargamento da rede de ensino privado superior, que se manteve em crescimento e teve amplo apoio e incentivo especialmente na última gestão governamental. A explosão na quantidade de cursos de nutrição, iniciada na década de 70, fez com que fosse pouco discutida a importância da educação para a segurança alimentar e nutricional e surgisse um hiato entre o biológico e o social.⁶ Vale res-

saltar que, de 1939, quando do surgimento do primeiro curso, até 1970, foram criados sete cursos de nutrição. Dados de 1981 atestam a existência de 30 cursos (21 públicos e 14 privados); em 1987, eram 36 (22 públicos e 14 privados); em 1988, 41 (22 públicos e 19 privados) e, atualmente, 172 cursos.⁹

Nesse contexto, duas vertentes contraditórias permearam a formação em nutrição. A primeira imputou à formação o compromisso com a maioria da população brasileira de famintos e inseriu a nutrição no contexto social mais amplo, articulando-a com projetos de mudanças da sociedade. A outra apontou para uma formação mais calçada no capitalismo, formando profissionais capacitados a desenvolver funções voltadas ao sistema econômico, atendendo às demandas de mercado de trabalho. Ou seja, um *cumpridor de tarefas*, com visão restrita e fragmentária da totalidade da sociedade.¹³

A primeira vertente caracterizou-se particularmente pela realização de ações de caráter coletivo e preventivo, visando contribuir para que a produção, a distribuição e o consumo de alimentos se adequassem e fossem acessíveis a todos os indivíduos da comunidade.¹ A segunda atendeu às expectativas de um mercado emergente.

Essa dualidade manteve-se e, no momento atual de conscientização e participação político-social efetiva, faz-se imprescindível debater toda a responsabilidade, as competências e as habilidades do profissional frente aos problemas de nutrição da população brasileira. Atualmente, ainda persistem essas vertentes. Costa define que a formação do nutricionista pode ser formulada como “resposta aos interesses do capital, da camada minoritária da população, ou resposta aos interesses e múltiplas necessidades da maior parcela da população”. A estruturação curricular dos projetos pedagógicos dos cursos de nutrição deve discutir aspectos conceituais e de formulação de políticas públicas para que se desenvolva a formação de um profissional com habilidades para a construção de uma sociedade mais justa.

PANORAMA NUTRICIONAL BRASILEIRO

O Brasil atravessa uma fase de transição nutricional caracterizada pela enorme quantidade de pessoas em estado de pobreza e fome, ao mesmo tempo em que cresce o número de obesos.⁸

Esses aspectos da transição nutricional confirmam-se frente ao quadro epidemiológico dos distúrbios nutricionais e das doenças relacionadas à alimentação e nutrição no Brasil. Pode-se observar um decréscimo importante da prevalência de desnutrição/baixo peso em todas as faixas etárias e regiões, especialmente em crianças de zero a cinco anos, seguido de um forte incremento nas taxas de sobrepeso e obesidade em todas as regiões, faixas etárias e, com especial destaque, em mulheres de estratos socioeconômicos mais baixos.⁷

Essa situação está relacionada com mudanças seculares em padrões nutricionais que, por sua vez, estão ligados às mudanças econômicas sociais, médico-sanitárias e demográficas em relação à saúde. Modificações da composição corporal, em particular o aumento da obesidade, estão associadas com o predomínio de uma dieta rica em gorduras, açúcar e alimentos refinados e pobre em carboidratos complexos e fibras.¹⁴ São mudanças complexas e, embora grandes alterações econômicas e demográficas tenham ocorrido no Brasil nas últimas décadas, as razões para o aumento da obesidade na população adulta ainda não são totalmente claras.^{8, 14}

A obesidade é um recente problema de saúde pública em nosso país. A população adulta brasileira vem apresentando um aumento na prevalência de excesso de peso importante. De acordo com os dados do inquérito nacional mais recente (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, 1989), cerca de 32% dos adultos brasileiros apresentam algum grau de excesso de peso; desses, 6,8 milhões de indivíduos (8%) possuem obesidade, com predomínio entre as mulheres (70%). A prevalência ainda se acentua com a idade, atingindo um valor maior na faixa etária de 45-54 anos (37% entre homens e 55% entre mulheres).¹⁵

Essa situação vem se agravando. Quando esses dados são comparados com o Estudo Nacional da Despesa Familiar (Endef) 1974/75, constata-se que no período compreendido entre os dois inquéritos nacionais (1975/89) houve um aumento de 100% na prevalência de obesidade entre os homens e de 70% entre as mulheres, considerando todas as faixas etárias.¹⁵

Em todas as regiões do país, parcelas significativas da população adulta apresentam sobrepeso e obesidade. Em termos relativos, a situação mais crítica é verificada na região Sul, onde 34% dos

homens e 43% das mulheres apresentaram algum grau de excesso de peso, totalizando aproximadamente cinco milhões de adultos, em 1989. No entanto, ao verificar dados absolutos, situa-se na região Sudeste a maior quantidade de adultos com excesso de peso no país, totalizando mais de dez milhões de adultos com sobrepeso e cerca de três milhões e meio com obesidade.^{14, 15}

O aumento da prevalência da obesidade no Brasil torna-se ainda mais relevante ao se considerar que esse aumento, apesar de estar distribuído em todas as regiões do país e nos diferentes estratos socioeconômicos da população, é proporcionalmente mais elevado nas famílias de baixa renda.¹⁴

Ao observar os inquéritos de 1974/75 e 1987/88, pode-se verificar um aumento de dois a sete pontos percentuais na proporção de energia proveniente dos lipídeos. Isso indica uma tendência de aumento da densidade energética da dieta.

Evidências demonstram que a urbanização e a industrialização têm influência no aumento da densidade energética da nossa população, que se distanciou de suas raízes culturais e, conseqüentemente, alimentares. Os apelos derivados desse estilo de vida urbano, ligados a fatores econômicos, restringiram a variedade da dieta e alteraram sua qualidade. Aliada a isso, a entrada da mulher no mercado de trabalho afetou diretamente o seu papel como responsável pela preparação da alimentação, determinado pelos novos padrões de organização familiar. Houve uma valorização de alimentos pré-preparados, congelados, pré-cozidos e *fast food*, devido à falta de tempo para a preparação das refeições.

Outra conseqüência direta desse processo foi a perda de espaço do caráter de celebração e convívio em relação ao ato de se alimentar. Como resultado, temos os problemas de saúde considerados modernos – não só o excesso de peso, mas as doenças crônico-degenerativas, a intoxicação alimentar etc. –, oriundos de fatores relacionados à falta de saneamento e de acesso à água potável, a contaminação de produtos industrializados, o uso inadequado e o excesso de aditivos químicos nos alimentos, o consumo exagerado de gorduras e calorias, o excesso de alguns minerais e a carência de micronutrientes devido ao desequilíbrio quantitativo e qualitativo de nutrientes.^{4, 8}

Em um país como o Brasil, em que as desigualdades regionais são imensas, é importante

destacar que a garantia da segurança alimentar e nutricional pressupõe a necessidade de estratégias de saúde pública capazes de atender a um modelo de atenção à saúde e cuidados nutricionais direcionados para a desnutrição e o sobrepeso/obesidade, uma vez que esses distúrbios nutricionais e todas as doenças relacionadas à alimentação e nutrição revelam duas faces diversas e aparentemente paradoxais de um mesmo problema: a insegurança alimentar e nutricional da população brasileira.

Independente das razões subjacentes ao fenômeno da transição nutricional, a árdua batalha contra as mazelas da má alimentação e o estabelecimento de segurança alimentar e nutricional *não tem apenas caráter político, econômico ou social*. A educação para a segurança alimentar e nutricional, bem como a necessidade de indicadores de segurança e de insegurança, são pontos importantes para minimizar os problemas nutricionais e contribuir para a melhoria da realidade nacional.

Nas três últimas décadas, a constatação dessas evidências converteu-se em amplo consenso e a segurança alimentar e nutricional passou a ser considerada requisito básico para a afirmação plena do potencial de desenvolvimento físico, mental e social de todo ser humano.¹⁷

ALIMENTAÇÃO, SAÚDE E EDUCAÇÃO: TRÊS PILARES DO BEM-ESTAR

Os transtornos advindos da obesidade e da subnutrição reservam um lugar de destaque à educação em alimentação e nutrição. Nesse sentido, as discussões sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como acerca da prevenção dos problemas nutricionais, desde a desnutrição – incluindo as carências específicas – até a obesidade, precisam ser *ênfatizadas e conduzidas* pelos profissionais de nutrição. A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a vida, pois é esse binômio que promove, protege e mantém a saúde.

Conforme é conhecido, a saúde das pessoas é resultado de fatores diversos, sociais, culturais, ecológicos, psicológicos, econômicos e religiosos, que atuam como seus determinantes ou condicionantes. Assim, além de se apresentar com um conceito positivo, a saúde assume um caráter abrangente que se apóia nos recursos sociais e coletivos, e não somente na capacidade física ou condição biológica dos sujeitos, individualmente.

Fatores determinantes da saúde também vão determinar a condição de segurança alimentar e nutricional.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), homologada em 1999, integra a Política Nacional de Saúde e se insere, ao mesmo tempo, no contexto da segurança alimentar e nutricional, compondo o conjunto das políticas de governo voltadas à concretização do direito humano universal à alimentação e nutrição adequadas.⁷

A PNAN tem como *fundamentos* a segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada. Esses princípios devem ser explicitados por meio das abordagens e ações que permeiam e contribuem para a consolidação da política pelas três esferas de governo. A PNAN tem como *propósito* a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis, como o incentivo ao aleitamento materno, a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e o estímulo a ações intersectoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos.

Atualmente, os distúrbios nutricionais mais frequentes no Brasil são anemia ferropriva, desnutrição (também conhecida como desnutrição proteico-energética), hipovitaminose A, bócio e obesidade. O problema da anemia se distribui especialmente entre crianças de seis meses a dois anos e gestantes, atingindo cerca de 50% e 35% desses dois grupos populacionais. O aleitamento materno exclusivo é uma proteção contra a anemia até seis meses de idade. Além disso, o desmame precoce também é uma das principais causas da carência de vitamina A em crianças menores de seis meses. Em outras faixas etárias, a baixa ingestão de alimentos fontes desse nutriente (manteiga, leite integral, gema de ovo, cenoura, mamão, abóbora, manga, entre outros) são responsáveis por esse distúrbio nutricional.^{7, 8}

O bócio é uma das conseqüências da má nutrição e, para minimizar os malefícios da deficiência de iodo no Brasil, sancionou-se uma lei, em 1953, obrigando as empresas a adicionar esse mineral no sal de consumo domiciliar e animal. Atualmente, cerca de 90% das famílias brasileiras utilizam sal de cozinha.²

Um programa de segurança alimentar e nutricional (SAN) não pode ter apenas como meta acabar com a fome, mas precisa garantir alimentos para todos, sempre. A SAN só estará garantida se

houver um processo educativo de conscientização das necessidades nutricionais e da percepção da capacidade de transformação da realidade a partir de ações coletivas junto com a sociedade. Cabe aos nutricionistas atuar de forma efetiva nas ações de educação em alimentação e nutrição.

Na I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, em 1994, foi adotado o seguinte conceito de segurança alimentar e nutricional (SAN): "É a garantia, a todos, de condições de acesso a alimentos básicos de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades básicas, como saúde, educação, moradia, trabalho, lazer, com base em práticas alimentares que contribuem, assim, para uma existência digna em um contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana".¹²

A adoção do conceito de segurança alimentar e nutricional, particularmente como tema central do atual governo brasileiro, impulsiona a compreensão do papel do profissional de nutrição no tocante a práticas alimentares saudáveis e processos educativos. Ressalta, ainda, sua inserção nas discussões sobre a necessidade de avaliação, monitoramento e vigilância como componentes essenciais de diagnóstico e elaboração de estratégias de ações. Não se pode esquecer que o profissional de nutrição também deve estar alerta para as questões de gênero, para a adaptação cultural e a capacidade de desafiar influências culturais e responder por mudanças ao longo do tempo.

A II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional Josué de Castro e Herbert de Souza, realizada de 17 a 20 de março de 2004, reafirmou que a sustentabilidade é o componente do conceito de segurança alimentar, considerando que não existe segurança alimentar e nutricional sem que ela seja sustentável. Também considerou que o modelo de política macroeconômica vigente e o custo da dívida pública são identificados como as principais causas da insegurança alimentar e nutricional e da exclusão social. Outras causas de insegurança apontadas foram: 1. a fragilização da produção de alimentos oriunda da agricultura familiar em função do insuficiente apoio e das circunstâncias adversas por ela enfrentadas; 2. a desigualdade de renda, que torna as mulheres mais suscetíveis à insegurança alimentar; 3. a *degeneração dos hábitos alimentares, que compromete o patrimônio cultural alimentar, componente essencial da identidade cultural dos povos* (grifo nosso); 4. o modelo social, que gera

discriminação e afeta com maior intensidade a segurança alimentar e nutricional dos povos afro-descendentes e indígenas.¹⁰

O nutricionista tem a obrigação de atuar na reversão do quadro de insegurança alimentar. Para isso, é necessário discutir a abrangência, a intersetorialidade e a equidade das políticas de segurança alimentar e nutricional. Além disso, é competência do profissional a participação em ações de promoção e vigilância alimentar e nutricional. Conforme discutido na II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, a

vigilância é importante porque permite uma compreensão integrada das diferentes dimensões que compõem a SAN: produção e disponibilidade de alimentos; acesso e abastecimento; as condições de alimentação e nutrição da população monitorada ou acompanhada pelos serviços.¹¹

Realizar um processo de discussão e avaliação de ações do nutricionista frente à segurança alimentar e nutricional traz desafios e a necessidade de encontrar soluções viáveis que efetivamente contribuam para a melhoria das condições de atenção à saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves E, et al. Nutricionistas egressos da Universidade Federal de Santa Catarina: áreas de atuação, distribuição geográfica, índices de pós-graduação e de filiação aos órgãos de classe. *Rev Nutr Puccamp* 2003;6 (13):1-12.
2. Anderson JJ. Minerais. In: Mahan LK, et al. *Alimentos, nutrição e dietoterapia*. 10.ª ed. São Paulo: Foca; 2002.
3. Asbran. Associação Brasileira de Nutrição. *Histórico do nutricionista no Brasil, 1939 a 1989: coletânea de depoimentos e documentos*. São Paulo: Atheneu; 1991.
4. Belik W. *Como as empresas podem apoiar e participar do combate à fome*. São Paulo: Instituto Ethos; 2003.
5. Bosi ML. *Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão*. São Paulo: Hucitec; 1996.
6. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria do Ensino Superior. *Os cursos de nutrição no Brasil: evolução, corpo docente e currículo*. *Cad Cên Saúde* 1983; (6):280.
7. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de alimentação e nutrição*. 2.ª ed. Brasília: MS; 2003.
8. *Caderno Temático. A nutrição e o consumo consciente*. São Paulo: Instituto Akatu; 2003.
9. Calado C. *Relação de endereços dos cursos de nutrição no Brasil*. [citado 2003 Mar]. Disponível em: < http://www.cfn.org.br/inicial/escolas_marco03.doc > .
10. Carta de Olinda. Disponível em: < <http://www.fomezero.gov.br/conferencia/noticia> > .
11. CNSAN – Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Ações de Promoção e Vigilância em Saúde e Nutrição*. Disponível em: < <http://www.fomezero.gov.br/conferencia/arquivos> > .
12. CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar. *I Conferência Nacional de Segurança Alimentar*. Brasília: Comitê de Ação de Cidadania Contra Miséria e pela Vida; 1994.
13. Costa NSC. *A formação do nutricionista. Educação e contradição*. Rio de Janeiro: UFG; 2000.
14. Monteiro CA, et al. *Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil*. In: Monteiro CA, org. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. 2.ª ed. São Paulo: Hucitec-NUFENS; 2000.
15. Oliveira J, et al. *A desnutrição dos pobres e dos ricos. Dados sobre a alimentação no Brasil*. São Paulo: Sarvier; 1996.
16. Ypiranga L, Gil MF. *Formação profissional do nutricionista: por que mudar?* In: Febran II *Seminário Nacional de Ensino de Nutrição*; 1989; Goiânia; 1989.
17. Valente FL. *Do combate à fome à segurança alimentar e nutricional: o direito à alimentação adequada*. *Rev Nutr Puccamp* 1997;10 (1):20-36.

Submetido: 10 maio 2004

Aprovado: 29 jul. 2004

Alimentação e Modos de Vida Saudável

Food and Healthy Ways of Life

RESUMO Este artigo analisa as mudanças nos modos de viver e de se alimentar ocorridas a partir da adoção do Padrão Técnico Moderno de produção de alimentos. As repercussões do referido padrão produtivo são exploradas sob vários aspectos: social, ambiental, saúde pública, direcionamento da pesquisa científica e, mais enfaticamente, sob a dinâmica cultural dos povos. Considera-se a cultura como um elemento determinante na formação de hábitos alimentares equilibrados e modos de vida saudável. Discute-se como a uniformização das necessidades nutricionais humanas, com base nas diretrizes de um padrão produtivista, gera conseqüências negativas sobre a saúde e a qualidade de vida.

Palavras-chave CULTURA – ALIMENTAÇÃO – MODOS DE VIDA.

ABSTRACT This article analyses the changes in the way of living and eating produced by the Modern Technical Pattern of agriculture. The repercussions of such productive pattern are analyzed under several aspects, such as the social, environmental, and the public health aspects; besides the scientific research development and, more emphatically, the peoples' cultural dynamics. Culture is considered as a decisive element in the creation of balanced nutritional habits and healthy ways of life. The standardization of the human nutritional needs is discussed, based on the guidelines of a productivist pattern that brings negative consequences to health and to the quality of life.

Keywords CULTURE – NUTRITION – WAYS OF LIFE.

ELAINE DE AZEVEDO*
Universidade do Sul de Santa Catarina
(Unisul/sc)

*Correspondências: Rua Frederico
Veras, 596, trav. 7, Pantanal, 88040-
200, Florianópolis/SC

elaineaz@unisul.br

INTRODUÇÃO

Atualmente, quando se pensa em uma dieta saudável, remete-se frequentemente a práticas dietéticas restritivas, alimentos *light* (com baixo teor de gorduras e calorias), fibras e complementos nutricionais. Porém, por mais paradoxal que possa parecer, considera-se que *uma* dieta saudável não existe. O que existe são variados modelos alimentares,^{*} e o conceito de uma vida saudável não está vinculado estritamente à dieta, mas a um modo de viver irremediavelmente ligado a hábitos culturais específicos.

Este artigo foca a relação entre alimentação e modos de vida saudável a partir da análise do sistema agroalimentar baseado no Padrão Técnico Moderno^{**} de produção. Inicia-se com o histórico desse sistema, enfocando especialmente as mudanças ocorridas a partir do século 18 no modo de produzir alimentos. Posteriormente, as repercussões do referido padrão produtivo são avaliadas nos mais variados aspectos: social, ambiental, saúde humana, direcionamento da pesquisa científica e dinâmica cultural dos povos.

O elemento cultural, foco deste artigo, é essencial na definição de modelos alimentares e merece ser considerado como um modo de reivindicação de conhecimento que apóie a ciência e a tecnologia de produção de alimentos. Ignorar a dimensão cultural que define um modelo alimentar permite a uniformização das necessidades nutricionais humanas. Essa uniformização é baseada em parâmetros científicos reducionistas que são estimulados por padrões produtivos e tem repercussões sobre a saúde e a qualidade de vida humana.

O PADRÃO TÉCNICO MODERNO DE PRODUÇÃO DE ALIMENTOS

Os povos antigos conheciam empiricamente as plantas medicamentosas, venenosas e alimentares. O alimento escolhido por eles respondia plenamente à sua demanda nutricional. Para processar e conservar os alimentos excedentes, foram desenvolvidos métodos naturais de baixo impacto sobre o valor nutricional. Por mais diferentes que fossem as dietas desses povos, todas tinham como

base a manutenção da biodiversidade, da forma natural dos alimentos, além de serem definidas a partir da sazonalidade e da cultura local.²

As civilizações se estabeleceram em torno dos cultivos agrícolas. Com o suporte das primeiras religiões, os alimentos ganharam um *status* ritualístico. As primeiras teorias sobre qualidade alimentar surgiram em tratados filosóficos históricos e livros sagrados, vinculadas aos preceitos da religião de origem. A transição dos sistemas agroalimentares pré-modernos para as sociedades industriais modernas implicou grandes mudanças nos valores culturais e sistemas de conhecimento, ocorridas entre o colapso do Império Romano, a Idade Média e o início da era moderna. Houve uma separação gradativa do homem e da natureza, e a agricultura distanciou-se da vida diária das pessoas, que passaram a morar em cidades cada vez mais longes do meio rural.⁴

Transformações internas nas práticas agrícolas e na sociedade rural ocorridas entre o final do século 18 e início do século 19 levaram à intensificação da produção de alimentos para dar suporte à crescente população urbana que apoiava a Revolução Industrial. Surgiram, também, fatores externos que estimularam mudanças nos sistemas alimentares locais. Com a colonização e exploração das riquezas dos *novos mundos*, os alimentos vindos de longe se tornaram atraentes. Com o trabalho escravo e o estabelecimento das colônias, desenvolveram-se as primeiras cadeias de *commodities* e o alimento ganhou uma condição de mercadoria.⁴

A ciência desenvolvida a partir do século 19 influenciou o sistema agroalimentar e os conceitos de qualidade alimentar. Pesquisas nos campos da física e da química se intensificaram a partir de 1840, com a descoberta dos nutrientes e de seu valor nutritivo. A caloria foi escolhida como unidade termodinâmica e iniciou a análise quantitativa dos nutrientes. O conhecimento da função dos nutrientes direcionou as primeiras pesquisas de desenvolvimento de adubos químicos. As dietas definidas pelo perfil geográfico e cultural, bem como as teorias sobre qualidade alimentar abrangidas em livros sagrados, foram gradativamente

^{*}Garcia define modelos alimentares como "as características alimentares e nutricionais de uma população, incluindo peculiaridades de sua estrutura culinária, de modo a permitir identificar tais características como parte da cultura de um povo ou nação"⁷⁷ (p. 28).

^{**}O Padrão Técnico Moderno de produção de alimentos alia a noção de alta produtividade na agricultura aos avanços tecnológicos e descobertas científicas com base nos fertilizantes químicos, no melhoramento genético e na mecanização.⁵

substituídas por orientações nutricionais baseadas na abordagem calórico-quantitativa.

A Revolução Agrícola, configurada a partir da necessidade de aumento de produtividade na agricultura, utilizou-se dos fertilizantes solúveis e da *tratorização* da tração. Instala-se, assim, uma transição gradual para uma forma industrial de fazer agricultura, completada com as variedades altamente produtivas e os agrotóxicos. Estabelece-se, assim, o Padrão Técnico Moderno de produção de alimentos.

Ao mesmo tempo, estruturou-se, junto à agricultura, uma indústria alimentar. O produto original agrícola foi essencialmente mantido no início do desenvolvimento da tecnologia de alimentos. Mais tarde, porém, essa indústria passou a incorporar recursos da indústria química e o produto agrícola original foi crescentemente decomposto. Alguns desses recursos permitiram diminuir a dependência em relação a produtos agrícolas específicos. A tendência dominante apontava um sistema industrial global de alimentação, em um regime que favorecia os países industrializados. Essa tendência tem sido reforçada pelas transformações que ocorrem atualmente no sistema mundial de alimentação* e que fortalecem a concentração das corporações, a globalização da produção, distribuição e *marketing* alimentar e reforçam tendências de padronização e uniformização das dietas definidas culturalmente.^{4, 17}

O Padrão Técnico Moderno da agricultura, ao priorizar elevados ganhos de produtividade, gerou crises que podem ser apontadas em três dimensões: na *dimensão econômica*, por meio do aumento da eficiência tecnológica e comercial, estimulando a superprodução, cujos efeitos incidiram

sobre o dinamismo da atividade produtiva; na *dimensão social*, uma vez que a modernização focou a grande propriedade agrícola tradicional, reduzindo a necessidade da força de trabalho; e, por último, na *dimensão ambiental*, com o uso excessivo e indiscriminado dos insumos químicos de origem industrial e o risco de um sério desgaste de recursos naturais.¹⁰

Outra repercussão importante diz respeito ao direcionamento da pesquisa científica a partir do enfoque produtivista do referido padrão. Apontam-se algumas mudanças no perfil dietético incentivadas pelos interesses do sistema agroalimentar dominante e apoiadas por pesquisas em nutrição, como o incentivo à substituição do leite materno pelo leite em pó (década de 60), a substituição das formas naturais (e saudáveis, diga-se de passagem) de gorduras (banha, manteiga, óleos de coco e palma) pelos óleos de soja, gordura hidrogenada e margarina** e, mais recentemente, o estímulo à introdução da soja na dieta como fonte de proteína e cálcio, com ação estrogênica natural.*** Todas essas mudanças alimentares foram impulsionadas por excedentes de produção agrícola e pelas indústrias de alimentos que estimulam pesquisas na área da saúde, sob um enfoque causal reducionista.

Também a *saúde pública* sofreu os efeitos da adoção desse padrão. Dados da área de saúde pública mostram que a população do continente americano vive uma epidemia crescente de doenças não-transmissíveis. Por outro lado, doenças transmissíveis consideradas extintas, como a malária, a tuberculose, as infecções respiratórias e as diarreias, ainda matam.¹ Essas doenças concentram-se, especialmente, entre a população socialmente

* Mudanças que incluem a engenharia genética e o patenteamento de seres vivos; a criação animal confinada em grande escala; a promoção de uma *segunda revolução verde*; a agricultura de precisão; a nanotecnologia, além dos sofisticados sistemas eletrônicos que gerenciam o perfil e o hábito dos consumidores.¹⁷

** A hipótese levantada nos anos 50 pelo pesquisador Ansel Keys de que a ingestão de gordura animal está diretamente ligada ao aumento de doenças cardiovasculares deve ser revista. Sem dúvida, o excesso de gordura animal é prejudicial ao organismo, assim como a carência ou o excesso de qualquer nutriente. Porém, as causas dietéticas dessas doenças devem ser consideradas globalmente dentro da dieta ocidental, que é pobre em fibras que influenciam na absorção das gorduras, deficiente em minerais e vitaminas de ação protetora das paredes dos vasos, de ação antioxidante e hipocolesteronêmica e rica carboidratos de rápida absorção que interferem no metabolismo das gorduras.² Sabe-se, também, que a ingestão de gorduras vegetais hidrogenadas não garante níveis equilibrados de colesterol devido à presença de ácidos graxos *trans*, de ação comprovadamente hipercolesteronêmica.³ Além do mais, é preciso considerar que a etiologia das doenças cardiovasculares é multifatorial e o desequilíbrio alimentar é uma das causas, junto com o sedentarismo, o fumo e o estresse.

*** A ingestão da soja não fermentada é desaconselhável devido aos fatores antinutricionais desativadores de enzimas e inibidores de crescimento naturalmente encontrados no grão. Pesquisa demonstra que a ingestão de soja não fermentada na forma de proteína texturizada, bebidas e grãos está relacionada à formação de pedras nos rins, devido ao seu alto teor de oxalatos.¹² São necessários mais estudos que garantam que a ação bloqueadora de minerais dos fitatos presentes na soja não interfira na biodisponibilidade de minerais no organismo e que sua ação estrogênica não afete os neonatais, particularmente vulneráveis a ação de fitoestrógenos.

vulnerável que o Padrão Técnico Moderno de agricultura contribuiu significativamente para formar. A produção de alimentação preconizada por esse padrão tem sido, muitas vezes, associada a uma maior disponibilidade de alimentos para povos, que teriam, por isso, uma expectativa de vida maior. Entretanto, considera-se que o prolongamento da vida não é sinônimo de saúde melhor. Na verdade, “as sociedades estão sendo chamadas a examinar se elas podem suportar o custo de manter a vida a qualquer custo”¹ (p. 2, tradução da autora); e se é possível não somente dar “anos a vida, mas vida aos anos”⁶ (p. 20). Outros riscos sobre a saúde humana atingem todas as classes sociais. São riscos relacionados à contaminação das águas e do solo, além da modificação da qualidade dos alimentos consumidos.

Os alimentos funcionais, os nutracêuticos e os suplementos alimentares passam a fazer parte da dieta a partir da preocupação advinda da relação entre sua baixa qualidade e saúde. O modelo alimentar contemporâneo sofre forte influência do estilo de vida urbano próprio da modernidade, apoiado pelo Padrão Técnico Moderno de produção. O impacto desse modelo repercute no estado de saúde da população. Percebe-se o desequilíbrio quantitativo na dieta, como o excesso de calorias, de alimentos protéicos, de sal, de açúcar e de gordura e a falta de alimentos fontes de fibras, minerais e vitaminas. O aumento da obesidade, das doenças crônico-degenerativas e das deficiências carenciais, além da necessidade crescente de cápsulas e complementos alimentares, são claros sinais da incapacidade da dieta em promover a saúde. Os alimentos mais comumente consumidos são questionados no que diz respeito à sua toxicidade, devido à presença de contaminantes químicos utilizados na sua produção. São os adubos e aditivos químicos sintéticos, os agrotóxicos, os hormônios, as drogas veterinárias e os antibióticos. Esses contaminantes são testados em animais e não se tem informações suficientes e seguras do seu poder cumulativo, do seu efeito combinado e da sua mutabilidade e, dessa forma, não é possível estabelecer inter-relações precisas e imediatas entre as conseqüências do consumo no longo prazo e as várias disfunções orgânicas já pesquisadas.

Na industrialização do sistema agroalimentar, são utilizados, cada vez mais, aditivos funcionais e fabricados produtos de recombinações que priorizam as reduções de custo, o aumento da durabilidade do

produto e a satisfação do paladar. Se, de um lado, o processamento industrial garante a higienização e o aumento da durabilidade dos alimentos, de outro, provoca mudanças significativas na sua estrutura química e na biodisponibilidade dos nutrientes.

Uma dietética baseada enfaticamente em critérios quantitativos como a atual não responde às reais necessidades nutricionais do ser humano. A própria conotação de qualidade deve ser reavaliada para que não seja baseada somente em valores nutricionais quantitativos e higienização, mas considere, também, aspectos como a integridade do alimento, a vitalidade, a biodisponibilidade de nutrientes e a ausência de contaminantes químicos sintéticos.

Por fim, as repercussões sobre a *dimensão cultural*, que merece especial atenção neste artigo. O Padrão Técnico Moderno permitiu uma mudança na agricultura inserida no contexto urbano-industrial próprio da modernidade, que enfatiza, além da produtividade, tendências de uniformização dos modos de vida rural e urbano. Essas tendências incentivaram mudanças no modo de viver do agricultor familiar e contribuíram para minar a importância da manutenção da sua racionalidade e de sua identidade cultural. O conhecimento agrícola tradicional, bem como os hábitos de vida relacionados à manutenção da cultura de cada região, foram desvalorizados. O Padrão Técnico Moderno não considerou os saberes agrícolas tradicionais e a racionalidade ecológica dos agricultores. Essa racionalidade sempre foi ajustada à complexidade de cada meio rural e remete à identidade cultural construída pelos agricultores, a partir do seu ambiente. Essas repercussões culturais são igualmente sentidas no meio urbano. O sistema de produção e os hábitos alimentares culturalmente diferenciados foram substituídos por alimentos produzidos sob a ótica da predominância econômica, tecnológica e cultural ocidental.¹⁸ A tendência alimentar dominante aponta dietas padronizadas e uniformizadas à luz dessa *cultura industrializada*, que desconsidera a territorialidade dos hábitos alimentares.

O sistema agroalimentar vigente, apoiado pela ciência, define as mudanças de hábitos alimentares e de promoção de saúde. Ao longo da história, esse sistema se ajustou às mudanças no modo de vida, respeitando o conhecimento tradicional dos diferentes povos. Porém, a ordem moderna foi baseada na ruptura das tradições, na mobilidade e “no pensamento contrafactual, voltado unicamente para o futuro”⁹ (p. 104). Uma

nova ordem mundial exige que se considere o resgate das tradições como meio de reconectar presente e futuro, de reavaliar a necessidade de humanização das tecnologias e de considerar a noção de promoção de saúde em âmbitos diversos. Dentro dessa perspectiva, a valorização do conhecimento tradicional ocupa um entre os muitos aspectos de legitimação de conhecimento. O conhecimento tradicional pode ser equiparado ao que a ciência, como forma central de aquisição do conhecimento, privilegiou na modernidade. Como aponta Lyotard¹¹ (p. 85), a perspectiva pós-moderna “vê uma pluralidade de reivindicações heterogêneas de conhecimento, na qual a ciência não tem lugar privilegiado”.

ASPECTOS CULTURAIS, ALIMENTAÇÃO E MODOS DE VIDA SAUDÁVEL

Conhecer aspectos da alimentação saudável de um determinado grupo passa, obrigatoriamente, por revelar e apreender a dinâmica cultural dessa população, que a define como única. No reino humano é onde se revelam mais nitidamente as tendências individuais da espécie e uma das mais efetivas capacidades de adaptação ao ambiente. O ser humano habita quase todas as regiões do planeta e ajusta-se às condições geográficas e climáticas mais adversas. A partir dessas condições, cada povo se desenvolveu culturalmente diferenciado, e a diversidade das dietas espelha esse desenvolvimento. Ignorar o contexto cultural no qual um povo está envolvido gera a uniformização das necessidades nutricionais humanas, com base em parâmetros científicos reducionistas e no estabelecimento de *universais culturais* na busca de um “*consensus gentius* que de fato não existe”⁸ (p. 52-53).

A cultura sempre foi um elemento orientador das opções dietéticas. A abordagem cultural transforma a nutrição não somente em um processo químico-biológico, mas também em uma forma de comunicação que contém as raízes de cada povo, suas forças sagradas e seu simbolismo. A manutenção das práticas alimentares tradicionais e a gastronomia típica aproximam os seres humanos, inserindo-os no contexto de sua territorialidade e identidade cultural. Verhelst, ao discutir as funções sociais da cultura, a vê como uma criadora de sentido:

Sobretudo, a cultura é um dinamismo criador de sentido. Dar um sentido ao que se faz é capital. (...) Em várias línguas européias, a palavra *sentido* (inglês: *sense*) significa,

ao mesmo tempo, significação profunda e direção. É exatamente disto que se trata: por um lado, adequação aos valores graças aos quais o que se faz tem *sentido*, quer dizer pleno de *bom senso* e, por outro lado, orientação para o futuro e avanço numa dada direção. A faculdade de atribuir um sentido ao que fazemos é próprio das pessoas. (...) Nesta perspectiva, a sua dimensão simbólica (valores, espiritualidade etc.) desempenha um papel crucial¹⁵ (p. 2).

O ser humano é movido por razões simbólicas e, por isso, muitas restrições e simbolismos alimentares só podem ser compreendidos conhecendo a cultura de cada povo. A complexidade que permeia as linhas dietéticas deve ser respeitada considerando a dimensão cultural. Conceitos quantitativos reducionistas não podem ter a pretensão de explicar ou criticar hábitos alimentares culturalmente direcionados. Muitos desses hábitos de povos saudáveis, como o vegetarianismo dos hindus ou o elevado consumo de carne e gordura animal dos esquimós, são considerados enigmas biológicos. Quando a nutrição se propõe a resgatar estudos antropológicos desses povos, inserindo o modelo alimentar na cultura de origem, consegue elucidar esses enigmas.

Povos antigos, longevos e saudáveis, como os Mayas, os habitantes do Vale dos Hunza e de Vilcabamba no Equador, tinham em comum a ingestão de alimentos locais, frescos ou pouco processados, provenientes do seu meio e de sua própria cultura alimentar.¹⁴ Atualmente, no Brasil, podemos relacionar a população de descendentes de imigrantes que povoam a Serra Gaúcha com os povos antigos acima mencionados. A taxa de longevidade dos colonos da região entre a serra e o Vale de Taquari, no Rio Grande do Sul, é maior que no resto do país. Esse fato é atribuído ao padrão de qualidade de vida aliado à dieta. Esses habitantes vivem da agropecuária local e têm como base alimentos frescos e processados artesanalmente, como a carne de porco, o frango caipira, as verduras e frutas da época, a polenta, o leite integral, os queijos, a nata e os embutidos. Também consomem regularmente o vinho produzido na região. Os índices de doenças cardiovasculares e de estresse são baixos. Permanecem lúcidos, movimentam-se e trabalham até idade avançada, além de participarem regularmente de atividades religiosas e sociais, como jogos de bocha e festas. A relação familiar é bastante valorizada e sentem-se seguros na região em que vivem. O estudo analtece as qualidades do vinho, bebida com propriedades terapêuticas e antibióticas conhecidas.¹³ Porém, atribuir a um determinado alimento ou a uma die-

ta o resultado de toda uma maneira harmoniosa de viver e alimentar-se é forçar a simplificação de uma proposta ampla de qualidade de vida, inserida em um contexto cultural específico.

Esse mesmo tipo de simplificação ocorreu no estudo da dieta dos povos mediterrâneos, base para a estruturação da pirâmide alimentar utilizada nas escolas de nutrição de todo o mundo. Essa pirâmide serve de instrumento para demonstrar a proporção de tipos de alimentos adequados ao ser humano.¹⁶ A visão reducionista que embasou a pirâmide alimentar não conseguiu incluir o contexto cultural desses povos como fator determinante de sua saúde. Sua utilização irrestrita como indicador de uma dieta saudável não trouxe resultados positivos para as condições de saúde do homem contemporâneo, que continua sofrendo com os altos índices de doenças crônico-degenerativas e obesidade. Garcia enfatiza essa afirmação quando menciona que “A adoção pura e simples de alimentos de uma outra estrutura culinária é artificial enquanto recomendação porque

vem descolada da cultura de origem e sem formas de absorção pela cultura receptora, a qual sofrerá uma adaptação nesta direção, resultando num modo particular, diferente do original, de uso desses novos produtos”⁷ (p. 5).

As discussões mais férteis no campo da alimentação têm levado em conta as questões globais de cunho socioambiental que apontam o padrão produtivo como agente determinante das condições de saúde e modos de vida saudável.

Por fim, diante da tendência de padronização dos modelos alimentares, torna-se essencial considerar a diversidade cultural como elemento importante na ampliação dos conceitos de qualidade alimentar e saúde. Ações futuras que envolvam a noção de modos de vida saudável devem promover a integração do ser humano com sua cultura de origem, considerar as especificidades locais e focar a dinâmica cultural das populações, com o intuito de restabelecer relações mais equilibradas entre o local e o global.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alleyne GAQ. Health and the quality of life. *Rev Panam Salud Publica/PanAm/Public Health* 2001;9 (1):1-6.
2. Azevedo E. Alimentos orgânicos: ampliando conceitos de saúde humana, ambiental e social. Florianópolis: Editora Insular; 2003.
3. Chiara VL, Silva R, Jorge R, Brasil AP. Ácidos graxos trans: doenças cardiovasculares e saúde materno-infantil. *Rev. Nutrição* 2002;15 (3):341-49.
4. Dahlberg KA. Democratizing society and food systems: or how do we transform modern structures of power? *Agricult Human Values* 2001;18:135-51.
5. Ehlers E. Agricultura sustentável: origens e perspectivas de um novo paradigma. São Paulo: Livros da Terra; 1996.
6. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich GV, Santos L, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (Whoqol-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21 (1):19-27.
7. Garcia RW. Inconsistências ao se preconizar modelos de dieta. *Rev Cad Debate, Campinas* 2001;8:28-36.
8. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
9. Giddens A. As conseqüências da modernidade. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; 1991.
10. Lamarche H, coord. A agricultura familiar: comparação internacional – uma realidade multiforme. Campinas: Ed. Unicamp; 1993.
11. Lyotard JF. The post modern condition. Minneapolis: University of Minneapolis Press; 1985.
12. Massey LK, Palmer RG, Homer HT. Oxalate content of soybean seeds, soy foods and other edible legumes. *Journ Agricult Food Chem* 2001;49 (9):4262-6.
13. Moriguchi EH, Xavier F, Ferraz MPT, Bisol LW, Fernandes D, Schwanke C. Octogenários de Veranópolis: as condições psicológicas, sociais e de saúde geral de um grupo representativo de idosos com mais de 80 anos residentes na comunidade. *Rev Amrigrs* 2000;44 (1):25-9.
14. Price W. Nutrition and physical degeneration. 6th ed. San Diego (CA): Price Pottenger Nutrition Foundation; 2000.
15. Verhelst T. As funções sociais da cultura. Cultura e desenvolvimento rural. *Leader Mag Inv* 1994. V 8. Disponível em: < <http://europa.eu.int/comm/archives/leader2/rural-pt/biblio/culture/art04.ht7m> > .
16. Willett WC, Sacks F, Trichopoulos A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E, et al. Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *Americ Journ Clin Nutr* 1995;61(6 Suppl):1402S-06S.
17. Wilkinson J. O futuro do sistema alimentar. São Paulo: Editora Hucitec; 1989.
18. _____. Os gigantes da indústria alimentar entre a grande distribuição e os novos *clusters* a montante. *Estud Soc e Agricult* 2002;18:147-74.

Submetido: 10 /maio/2004

Aprovado: 6 /jul./2004

Cultura Alimentar: contribuições da antro- pologia da alimentação

Food Culture: contributions from the anthropology of food

RESUMO Na década de 90, cresceu a valorização do respeito à cultura alimentar na construção da noção da segurança alimentar e nutricional (SAN). Nesse sentido, o presente artigo explora a noção de cultura alimentar e o modo como ela é tratada no debate sobre segurança alimentar e nutricional. A abordagem teórica utilizada considera o conceito de cultura alimentar da antropologia e o papel da cultura nas práticas de alimentação. Dois aspectos são ressaltados. Primeiro, os significados da alimentação, principalmente aqueles relacionados às identidades de grupos sociais, que é ponto central na discussão sobre cultura alimentar. Segundo, o papel da cidadania, a qual é prerrogativa para a segurança alimentar e nutricional.

Palavras-chave CULTURA ALIMENTAR – SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – ANTROPOLOGIA DA ALIMENTAÇÃO.

ABSTRACT During the nineties, respect for alimentary culture gained importance in the building of the Food and Nutritional Security Policy (SAN) notion. In that sense, this article analyses the notion of alimentary culture and the way it is treated in the debate on Food and Nutritional Security. The theoretical approach considers the anthropological concept of alimentary culture and the role of culture in food practices. Two aspects are emphasized. First, the meanings of food, specifically those related to the social groups' identities, which is the central point in the alimentary culture debate. Second, the role of citizenship, which is the prerogative for Food and Nutritional Security.

Keywords ALIMENTARY CULTURE – FOOD AND NUTRITIONAL SECURITY – ANTHROPOLOGY OF FOOD.

VIVIAN BRAGA*

Antropóloga e pesquisadora do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE/RJ)

*Correspondências: Rua José Bonifácio, 61, ap. 502, São Domingos, 24210-230, Niterói/RJ

vbraga@ibase.br

INTRODUÇÃO

Em 2003, o combate à fome assume centralidade nas questões políticas do Brasil, com o governo Lula. A partir de então, o conceito de segurança alimentar e nutricional ganha visibilidade e força, no sentido de nortear o desenho das políticas voltadas para a erradicação da fome.

Conceitualmente, segurança alimentar e nutricional (SAN) exprime a compreensão da alimentação enquanto um direito humano que deve ser garantido pelo Estado. Implica a garantia de todos(as) a alimentos básicos de qualidade e em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais. O conceito também prescreve práticas alimentares saudáveis, de modo a contribuir para uma existência digna em um contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana.* A essa definição somam-se outros aspectos que vêm sendo debatidos amplamente pelos militantes e/ou acadêmicos que trabalham com SAN. Entre esses aspectos, cabe citar a soberania alimentar,** a defesa da sustentabilidade do sistema agroalimentar baseado no uso de tecnologias ecologicamente sustentáveis e, por fim, a questão da preservação da cultura alimentar.***

Atualmente, os debates acerca do conceito de SAN visam sua qualificação, do mesmo modo que pretendem qualificar as ações que o envolvem. Isso pode ser percebido nos fóruns de debates da sociedade civil organizada, nas discussões envolvendo os governos e na atuação dos Conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional. O expressivo número de pesquisas acadêmicas na área, decorrentes do aumento do incentivo das instituições financiadoras para a realização de trabalhos sobre SAN, também indica a relevância do tema.****

Um dos temas da SAN que passam por esse processo de qualificação é o tema da cultura alimentar. Nesse contexto, o presente artigo propõe uma reflexão sobre a noção de cultura alimentar

e sua inserção nos debates sobre a SAN. Em primeiro lugar, aborda-se o conceito de cultura alimentar e o papel da cultura na alimentação. Chama-se atenção para os significados da alimentação, principalmente aqueles que traduzem a identidade de um grupo social – questão central do debate sobre cultura alimentar, bem como da-queles acerca de cidadania, prerrogativa da segurança alimentar e nutricional.

A seguir, mostra-se como os símbolos e significados que compõem a cultura agem sobre a alimentação. Discute-se a distinção entre o que é alimento e o que é comida. Trata-se das preferências alimentares, não apenas como substância alimentar, mas, sobretudo, como um modo, um estilo, um jeito de se alimentar. Jeito de comer que define não só aquilo que é ingerido como também aquele que o ingere. Assim, formação das preferências alimentares e da identidade são elementos socioculturais distintos das percepções nutricionais e econômicas acerca da alimentação. Esse é o enfoque dos estudos antropológicos sobre a temática alimentar.

Finalmente, apresenta-se como os estudos antropológicos sobre alimentação podem contribuir para o desenho das políticas de segurança alimentar e nutricional.

O QUE É CULTURA ALIMENTAR?

A proposta desta seção é tratar dos determinantes culturais para a alimentação. Para isso, busca-se melhor precisar o que é cultura alimentar, a partir de algumas abordagens antropológicas. Mais especificamente, pretende-se apontar que papel a cultura desempenha na alimentação humana.

Na antropologia, a cultura pode ser entendida como um *sistema simbólico*, ou seja, um conjunto de mecanismos de controle, planos, receitas, regras e instruções que governam o comportamento humano.⁹ Esses símbolos e significados são

* Definição extraída do documento oficial brasileiro preparado para a Cúpula Mundial de Alimentação (CMA) em Roma, 1996.

** Soberania alimentar é o direito dos países definirem suas próprias políticas e estratégias de produção, distribuição e consumo de alimentos. (Cf. projeto Fome Zero. Uma proposta de política de segurança alimentar para o Brasil. Instituto da Cidadania, São Paulo, out. 2001).

*** O tema cultura alimentar surge no debate da segurança alimentar e nutricional como algo a ser respeitado. Segundo o conceito, "Todo país deve ser soberano para assegurar sua segurança alimentar, respeitando as características culturais de cada povo, manifestadas no ato de se alimentar." Definição extraída do documento oficial brasileiro preparado para a CMA, em Roma, 1996.

**** No ano de 2003, o Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) disponibilizou cerca de nove milhões de reais para projetos de pesquisa de interface com a segurança alimentar e nutricional.

partilhados entre os membros do sistema cultural, assumindo um caráter público e, portanto, não individual ou privado. Tal abordagem aceita a crítica de Marshal Sahlins¹⁶ à ideia de que a cultura é formulada por meio da atividade prática e do interesse utilitário. Para esse antropólogo, a cultura define a vida não por meio das pressões materiais impostas pelo cotidiano, mas de um sistema simbólico. Complementa essa concepção o argumento de Mary Douglas⁵ de que as regras que constituem o sistema simbólico são, em sua formulação, arbitrárias e possuem uma nítida intenção de disciplinar o comportamento humano.

À luz dessas afirmações, pode-se afirmar que nossos hábitos alimentares fazem parte de um sistema cultural repleto de símbolos, significados e classificações, de modo que nenhum alimento está livre das associações culturais que a sociedade lhes atribui. Nesse caminho, vale dizer que essas associações determinam aquilo que comemos e bebemos, o que é comestível e o que não o é.

Símbolos, significados, situações, comportamentos e imagens que envolvem a alimentação podem ser analisados como um sistema de comunicação, no sentido de que comunicam sobre a sociedade que se pretende analisar.⁵

É possível, ainda, argumentar que a cultura alimentar é constituída pelos hábitos alimentares em um domínio em que a tradição e a inovação têm a mesma importância.¹¹ Ou seja, a cultura alimentar não diz respeito apenas àquilo que tem raízes históricas, mas, principalmente, aos nossos hábitos cotidianos, que são compostos pelo que é tradicional e pelo que se constitui como *novos hábitos*.

Um outro aspecto da cultura alimentar refere-se aquilo que dá sentido às escolhas e aos hábitos alimentares: *as identidades sociais*. Sejam as escolhas modernas ou tradicionais, o comportamento relativo à comida liga-se diretamente ao sentido que conferimos a nós mesmos e à nossa identidade social. Desse modo, práticas alimentares revelam a cultura em que cada um está inserido, visto que *comidas* são associadas a povos em particular.¹¹ No Brasil, por exemplo, o arroz e o feijão são traços de nossa identidade nacional, pois são consumidos diariamente, de norte a sul do país, por milhões de brasileiros. No plano regional, há alimentos que funcionam como *demarcadores identitários regionais*, ou seja, pratos que estão associados à sua região de origem: o churrasco gaú-

cho, o vatapá e o acarajé baianos, o pão-de-queijo mineiro, entre outros.¹⁰

O PAPEL DA CULTURA NA ALIMENTAÇÃO

“Toda substância nutritiva é *alimento*, mas nem todo alimento é *comida*.” A afirmação de Da Matta remete ao aspecto *cultural* da alimentação e, por conseguinte, àquilo que a transforma em *comida*. A partir da diferenciação estabelecida pelo autor entre alimento e comida, é possível verificar o papel da cultura na alimentação.

Alimento é algo universal e geral. Algo que diz respeito a todos os seres humanos: amigos ou inimigos, gente de perto e de longe, da rua ou de casa, do céu e da terra. Mas a comida é algo que define um domínio e põe as coisas em foco. Assim, a comida é correspondente ao famoso e antigo *de-comer*, expressão equivalente a refeição, como de resto é a palavra comida. Por outro lado, comida se refere a algo costumeiro e sadio, alguma coisa que ajuda a estabelecer uma identidade, definindo, por isso mesmo, um grupo, classe ou pessoa. (Da Matta,⁴ p. 22)

Portanto, o que se come, quando, com quem, por que e por quem é determinado culturalmente, transformando o alimento (substância nutritiva) em comida. Comida de criança, comida de domingo, comida de festa etc. Esses são exemplos de classificações dadas aos alimentos. E ainda, como diria Barthes:¹ “Cada situação possui a sua própria situação alimentária”. Cabe citar, como exemplo, as particularidades das comidas de festa. Os docinhos tipicamente servidos em festas de crianças, casamentos etc. revelam a presença portuguesa em nossa cozinha.⁸

Um outro aspecto do papel da cultura na alimentação está na formação do *gosto*. Experiências de culturas em particular afetam a maneira como os indivíduos concebem e classificam as qualidades do gosto e como se formam as preferências pelos sabores (doce, amargo, salgado, picante etc.) de populações e individualmente. Além disso, em muitos sistemas culturais, o gosto e o olfato identificam e hierarquizam as classes de alimentos naquilo que é comestível em oposição ao que não é. De igual maneira, as propriedades visuais e de textura são outras características sensoriais que determinam se os alimentos são apropriados ou não dentro uma sociedade. Assim, a textura e o sabor constituem, em boa medida, o que é familiar nos alimentos e o que pode influir na aceitação de novos alimentos.¹³ As características visuais,

como a cor, forma e aparência de conjunto, também afetam a aceitabilidade e as preferências alimentares, pois configuram aspectos do simbolismo alimentar. Sobre essa dimensão simbólica, Bourdieu (1989) afirma que as pessoas e os extratos sociais se distinguem pela maneira como as pessoas usam os bens materiais e simbólicos de uma sociedade de acordo com o acesso a esses bens, dando sentido ao mundo social.

Sobre as propriedades de textura, Barthes¹ chama atenção para o importante papel que ela ocupa na seleção dos artigos alimentares. Na cultura ocidental, por exemplo, há uma oposição simbólica que determina a escolha por parte de *classes sociais* e de indivíduos dentro das classes. Essa oposição seria entre os alimentos *duros, crus e ásperos*, de um lado, e os alimentos *suaues, brandos e doces*, de outro.

Na sociedade brasileira, destaca-se a preferência pelo o que é *cozido* em detrimento do que é *cru*. Aqui, o *cozido* se apresenta em oposição ao que é *cru*, da mesma forma que *alimento* está para *comida*. Nesse sentido, o alimento cozido é algo social por definição.⁴ Cabe ressaltar a importância social do cozido enquanto um prato em nosso cardápio, bem como sua simbologia de congregação, expressada na mistura de variedade dos artigos alimentares, num mesmo prato, servidos em ocasiões que envolvem comensalidade.

A história do *gosto* liga-se à história do cotidiano em suas sutilezas e às estruturas sociais, culturais e ideológicas. Esse argumento está ancorado em Brillart-Savarin² que, ao escrever a obra *Fisiologia do Gosto*, aponta caminhos socioculturais de compreensão para tal questão que, a princípio, parece estar apenas sobre o domínio fisiológico.

Em termos mais gerais, procurou-se demonstrar que o significado simbólico e a significação nutricional dessas dimensões variam segundo o contexto cultural, assim como a inclinação individual em obedecer as regras impostas pela cultura.

QUESTÕES ANTROPOLÓGICAS GERAIS

A alimentação vem sendo analisada sob várias abordagens independentes e ao mesmo tempo complementares: a *abordagem econômica*, na qual a relação entre a oferta e a demanda, o abastecimento, os preços dos alimentos, renda e aces-

so aos alimentos são os principais componentes; a *abordagem nutricional*, com ênfase na composição dos alimentos, na preocupação com a saúde e com o bem-estar de grupos e indivíduos; a *abordagem social*, voltada para as associações entre a alimentação e a organização social do trabalho, a diferenciação social do consumo, os ritmos e estilos de vida; a *abordagem cultural*, interessada nos gostos, hábitos, tradições culinárias, representações, identidades práticas, preferências, repulções, ritos e tabus, isto é, no aspecto simbólico da alimentação.

A observação reforça o argumento de que comer não é apenas uma mera atividade biológica. Do mesmo modo, suas razões não são estritamente econômicas. A comida e o comer são, acima de tudo, fenômenos sociais e culturais e a nutrição, um assunto fisiológico e de saúde. Nesse caminho, vale o argumento de Barthes,¹ para quem as unidades alimentares que rodeiam a alimentação e que normalmente orientam o comportamento e as decisões dos consumidores – as socioculturais – são muito mais sutis que as unidades, normalmente manejadas por nutricionistas e economistas.*

No entanto, a comida, enquanto tal, foi menos interessante para a antropologia do que as suas implicações sociais. Dos anos 30 aos 60, o tema aparece em monografias sempre atrelado aos capítulos sobre sobrevivência e economia doméstica. Somente em 1966, nas obras de Raymond & Rosemary Firth, é que a comida assume o papel central. Isso talvez porque a comida e sua preparação fossem vistas como trabalho de mulher, e a maioria dos antropólogos fossem homens, ou porque o estudo da comida fosse considerado prosaico e pouco importante, comparado a outros, como a guerra.¹¹

As análises antropológicas se propõem, em grande medida, ao estudo de hábitos alimentares. Daí surgem as especificidades atribuídas a cada estudo para o desvendamento da cultura e das culturas alimentares, revelando comportamentos diversos centrados na comida. Ainda assim, até os anos 80, o tema não era relevante para a antropologia. A partir da década de 90, ocorrem mudanças significativas nesses estudos, ligados principalmente ao forte crescimento de um mercado mundial de alimentos.

* Essa afirmação não exclui a possibilidade, ou mesmo a necessidade, da troca de percepções entre os campos de conhecimento referidos, sendo essa troca uma diretriz metodológica fundamental para os estudos sobre alimentação.

Nesse contexto, vale a pena citar os objetos de alguns estudos que se ocupam do tema. São eles: a investigação da alimentação de populações humanas e grupos sociais e a relação com seu meio ambiente; a construção simbólica das culturas; as relações e estruturas sociais das sociedades; os determinantes socioculturais do consumo de alimentos, com ênfase doméstica às investigações dietéticas e de nutrição; e, por último, as relações históricas e evolutivas entre dieta e consumo no mundo e em culturas específicas.

A existência de diferenças entre o bem-estar nutricional de diferentes povos, ou mesmo dentro de uma mesma sociedade, também é considerada. Isso é feito com base nas disponibilidades ecológicas e do mercado de alimentos, e as diversas questões culturais que restringem ou limitam o acesso aos alimentos por grupos ou indivíduos. Conseqüências nutricionais e médicas das pautas culturais de consumo particulares, incluindo as pautas de divisão dos alimentos entre os membros do sistema cultural, também são consideradas. Embora a abrangência dos temas seja notável, essas possibilidades de estudos ainda não foram suficientemente exploradas.

A IMPORTÂNCIA DO ESTUDO DA CULTURA ALIMENTAR PARA A SAN

Entre os aspectos que compõem o conceito de segurança alimentar e nutricional, sublinha-se a preocupação com o respeito e a preservação da cultura alimentar de cada povo. Nesse sentido, cada país deve ter condições de assegurar sua alimentação, sem que lhe seja imposto um padrão alimentar estranho às suas características e tradições.

Essa concepção surge como uma reivindicação feita por grupos que percebem suas práticas alimentares ameaçadas pelos efeitos da *globalização*. Entre os efeitos nocivos, destaca-se a perda da soberania desses países em decidir o que produzir e comer. Também é denunciada a tendência global à massificação do gosto alimentar, observada a partir da preferência dos consumidores a produtos industrializados em detrimento dos produtos *in natura*. No Brasil, como em outros países em desenvolvimento, é possível perceber a ocorrência desse processo de massificação. Nos

últimos 30 anos, os hábitos alimentares dos brasileiros mudaram bastante. Essas mudanças são conseqüência dos variados processos de transformação relativos à produção e ao consumo de alimentos. A crescente padronização e homogeneização da alimentação por meio da produção industrial em massa e o aumento de monoculturas (como o caso da soja, no Brasil) geraram, ao longo das últimas décadas, o dismantelamento dos sistemas locais de produção, impactando diretamente na distribuição e consumo de alimentos. Além disso, esses processos afetam a diversidade alimentar e, conseqüentemente, o direito de cada pessoa ou grupo de exercer a livre escolha sobre o que consumir. Somam-se a essas transformações aquelas ligadas ao processo de urbanização e o ritmo de vida das cidades, regiões metropolitanas e periferias metropolitanas, onde prevalece o consumo alimentar fora do domicílio.

Diante desse quadro, cabe destacar a importância dos estudos de antropologia da alimentação, que possibilitam a compreensão dos nossos padrões alimentares, suas origens, composição, seus valores simbólicos e uma série de aspectos que nos auxiliam na conscientização sobre o que somos por meio do que comemos. Isso significa dizer que a análise da cultura alimentar permite refletir sobre a especificidade dos diferentes campos que interagem quando práticas alimentares estão em foco. Por exemplo: a identidade étnica pode estar estreitamente relacionada a uma tradição culinária particular.⁵ Além disso, é possível resgatar alimentos que faziam parte do cardápio dos antepassados e que, hoje, estão relegados a um segundo plano. Modos de preparo, ingredientes, condimentos e uma série de elementos típicos da culinária de grupos determinados podem ser recuperados a partir desses estudos. As pesquisas sobre alimentação contribuem, ainda, para a valorização da diversidade alimentar, reforçando aspectos referentes à saúde e à nutrição.

No âmbito da segurança alimentar e nutricional, ressalta-se a relevância dos estudos das estruturas alimentares para a compreensão dos riscos ligados à adoção de práticas alimentares novas e distintas das tradicionais. Isso implica afirmar que a elaboração de políticas específicas deve considerar as características culturais dos grupos beneficiados. É o caso, por exemplo, das políticas voltadas

* A grande maioria da população brasileira (81%) reside, hoje, nas cidades (Dado do Censo 2000 – IBGE).

para remanescentes de quilombos, indígenas e caiçaras. Nesse sentido, o fracasso de algumas políticas públicas pode estar associado à ignorância dos seus executores. Ao desconhecer a realidade cultural de uma determinada população, eles criam políticas que não atendem adequadamente às necessidades desses grupos.

Veja-se o que ocorreu, por exemplo, com o programa do leite e óleo. Ligado à Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, o programa visa atender famílias em situação de fome e desnutrição. Nesse programa, são distribuídos leite em pó e óleo de soja para que sejam misturados, já que essa mistura proporciona um aumento calórico. Assim, é explicado às pessoas atendidas pelo programa que o óleo facilita a absorção de nutrientes do leite. No entanto, grande parte das mães não prepara essa mistura. Por quê? Simplesmente porque não temos o hábito de beber leite com óleo, mas, sim, beber o leite e usar o óleo para fritar, cozinhar etc. Esse é um caso de ineficiência de uma política pública que não considera as práticas alimentares *nativas*.

Questões relativas à *cultura da fome* também precisam ser trabalhadas em cenários como o do Brasil, em que a fome se apresenta como um resultado fisiológico de um processo histórico, político, econômico e cultural. Sobre esse ponto, refiro-me a situações em que a fome é sentida e associada aos *mitos* ou *ritos* de uma sociedade, deslocando o sentido de compreensão da fome como um problema de caráter social para um problema espiritual ou religioso. É imprescindível o melhor entendimento sobre os significados atribuídos à fome por aqueles que a sentem, bem como sobre as estratégias coletivas e individuais para superá-la. E, ainda, os quadros referentes ao contexto da alimentação mundial. Nele assistimos a um deslocamento de pessoas e alimentos, uma separação crescente de produtores e consumidores, uma tendência cada vez mais em se consumir produtos industrializados – tendência esta que afeta o cotidiano e as práticas alimentares de toda a humanidade.

Por fim, não esgotando as possibilidades de estudos acerca da cultura alimentar e suas contribuições para a SAN, destaco a importância da questão de gênero no conteúdo desse tema. Vários estudos antropológicos apontam que a mulher es-

tabelece uma relação estreita com a alimentação, em seu aspecto cultural. Destacam-se os estudos que abordam a relação entre a comida e a imagem do corpo; outros tratam da relação entre domesticidade e liberação das mulheres; outros, ainda, das ligações entre comida e autoidentificação com gênero. Entre esses estudos, sublinham-se algumas definições: 1) a mulher vista como provedora dos alimentos para a família, agindo como *porteiro*;⁶ 2) ela é compreendida a partir da noção de *feminização da pobreza*, que evidencia que a fome, assim como outros problemas sociais, atinge mais mulheres do que homens.⁷ Para além desses, estão outros estudos que apontam para o lugar ambíguo que a mulher ocupa na questão da SAN. Ela continua como responsável pelo ambiente doméstico e, daí, pela alimentação. Entretanto, no campo político, não ocupa arenas importantes de decisão como sujeito de políticas que afetam seu cotidiano.¹⁴ Usualmente, tais políticas ignoram as experiências construídas pelas mulheres ao exercerem a responsabilidade pela amamentação e a alimentação da família. A partir desse quadro, é preciso pensar o papel da mulher e o lugar que ela ocupa nas decisões políticas sobre SAN.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se dizer que as situações em relação à comida são aprendidas bem cedo e que o que aprendemos está inserido em um corpo substantivo de materiais culturais historicamente derivados.¹¹ A comida e o comer assumem, assim, uma posição central no aprendizado social por sua natureza vital, essencial e cotidiana. Esse aprendizado, inserido em diferentes gramáticas culturais, determina as categorizações dos diferentes alimentos por intermédio de princípios de exclusão e associação entre alimentos, das prescrições e proibições tradicionais e religiosas, dos ritos da mesa e da cozinha, ou seja, de toda a estrutura da alimentação cotidiana. Os diferentes usos de cada um dos alimentos, sua ordem, sua composição, suas combinações, a hora e o número das refeições diárias, tudo está codificado de um modo preciso. Isso influi na eleição, na preparação e no consumo dos alimentos, sendo resultado de um processo social e cultural cujo significado e cuja

⁶ Expressão empregada por Rossi para designar o papel da mulher como aquela que determina os alimentos que entram na casa para o consumo posterior.

razão devem ser buscados na história de cada sociedade ou cultura. De igual maneira, quando se fala em alimentação, devem ser observados os contextos marcados pela sua ausência. Em outras palavras, deve-se lançar luz sobre a fome e seus significados, bem como as estratégias de sobrevivência criadas pelos grupos vulneráveis para suprir a fome, que podem contribuir muito para a compreensão de suas causas e, posteriormente, sua erradicação.

No entanto, o conhecimento sobre esses aspectos ainda é muito incipiente. A experiência brasileira revela o desconhecimento, por parte de seu povo, de questões importantes ligadas à alimentação. O que comemos, por que comemos, a origem dos alimentos, suas conseqüências para a saúde etc. são assuntos pouco debatidos. Obviamente, uma população mal alimentada e com fome não se detém sobre tais questões. Todavia, os debates promovidos pela sociedade no Brasil e o papel protagonista que o país ocupa nessa temática ensinam que há alternativas. Talvez nossa fragilidade alimentar seja nossa maior força. Ela traz a indignação e, conseqüentemente, a energia necessária para se debater e produzir conhecimento sobre o tema.

A antropologia da alimentação se propõe, grosso modo, a realizar esses estudos. E, apesar das possibilidades apresentadas, os estudos dos antropólogos tiveram e têm, ainda, pouco impacto sobre as políticas alimentares e nutricionais, talvez pelo fato de estarem distantes de questões que, de fato, envolvem diretamente a política, ou seja, que proporcionariam o melhor desenho de políticas por meio da compreensão sobre as *culturas alimentares*. São necessários estudos que apontem as causas socioculturais, políticas e eco-

nômicas que estão na raiz das mudanças nas pautas alimentares e nutricionais de cada país, em todo mundo.¹³ Ou como as famílias, grupos ou indivíduos organizam seus recursos alimentares potenciais. Mais especificamente, pesquisas que apontem os efeitos dos diferentes tipos de políticas alimentares e econômicas sobre a escolha dos alimentos, quais alimentos são consumidos, assim como o significado desse consumo. E, ainda, vemos hoje a necessidade de estudos que apontem para uma compreensão sobre as *enfermidades da civilização* relacionadas com a dieta, como é o caso da obesidade, da hipertensão e da diabete – sendo esta última relacionada a possíveis conexões com o gosto.

Essas são, portanto, algumas das possibilidades de estudos sobre a alimentação. Possibilidades que não se esgotam neste artigo nem no presente, tendo em vista o caráter dinâmico da cultura e as mudanças culturais que esse dinamismo proporciona. No entanto, para a questão aqui em foco, vale sublinhar uma característica cultural que pouco mudou durante toda a história de nossa civilização, qual seja, o importante papel que a mulher desempenha na alimentação. Em termos objetivos, ocorreram mudanças ligadas ao ritmo de vida moderno impactando sobre o ambiente doméstico e familiar, bem como a conquista pela mulher de espaços antes não ocupados. Entretanto, eles não foram suficientes para romper a estreita relação estabelecida entre as mulheres e a alimentação. Relação simbólica e concreta observada nas situações mais cotidianas. Portanto, destacar esse problema significa ressaltar a relevância que a questão da mulher deve assumir não só nos estudos sobre cultura alimentar, mas em todos os temas ligados à SAN.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barthes R. Toward a psychosociology of contemporary food consumption; In Forster E, Forster PL (edi.) *European Diet from Pre-Industrial to Modern Times*. Nova York: Harper & Rom; 1975, 47-59.
2. Brillat-Savarin J A. *A fisiologia do gosto*. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
3. Contreras J, org. *Alimentação e cultura: necessidades, gostos e costumes*. Barcelona: Universidade de Barcelona; 1995.
4. Da Matta R. *O que faz o Brasil, Brasil?* Rio de Janeiro: Rocco; 1986.
5. Douglas M. *Pureza e perigo*. São Paulo: Editora Perspectiva; 1976.
6. _____. *Deciphering a Meal and Self-evidence*. In: *Implicit Meanings*. London: Routledge & Kegan Paul; 1975, 37-53.
7. Field D. *Putting food first*. In: Barndt D, org. *Women working the NAFTA food chain: women, food and globalization*. Toronto: Second Stories Press; 1999.
8. Freyre, G. *Açúcar: uma sociologia do doce com receitas de doces e bolos do Nordeste do Brasil*. Companhia das Letras; 1968.
9. Geertz, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.

10. Menasche R, Maciel ME. Alimentação e cultura, identidade e cidadania. Rev Democ Viva. Especial Segurança Alimentar 16. Rio de Janeiro: Ibase; mai-jun 2003, 3-7.
11. Mintz S. Comida e antropologia: uma breve revisão. Rev Bras Ci Soc 2001;16 (47):31-42.
12. Menezes F. Segurança alimentar: um conceito em disputa e construção. Rio de Janeiro: Ibase; 2001.
13. Messer E. Perspectivas antropológicas sobre a dieta. In: Contreras J, org. Alimentação e cultura. Barcelona: Universidade de Barcelona; 1995.
14. Nobre M. As mulheres e as políticas de combate à fome. Folha Femin 2001; 29.
15. Rossi PH. Study of the basis for changing food attitudes, quartermaster food and container. Institute Armed Forces, Research Engineer Com. Chicago: Quartermaster Corp US Army; 1958.
16. Sahlins M. Cultura e razão prática. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.

Submetido: 10 maio 2004
Aprovado: 2 jul. 2004

Monitoramento em Nutrição e Saúde: articulação da informação com a ação

Monitoring in Nutrition and Health: articulating information and action

RESUMO O monitoramento das condições de saúde, alimentação e nutrição de populações pode produzir informações que subsidiem políticas, programas e ações públicas mais efetivas no país. O presente artigo busca discutir a importância e a possibilidade de articulação de informações visando intervenções oportunas no cenário atual da construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Em revisão das principais fontes de informação em nutrição e saúde no Brasil, discute as potencialidades de formação de uma grande base de dados que aglutine informações de estudos populacionais e de grandes sistemas nacionais de informação em saúde, com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). O artigo também apresenta experiências brasileiras no uso de tais informações. Ao final, são levantados alguns desafios, visando fortalecer o SISVAN na área da saúde e avançar na geração e articulação intersectorial de informações no campo alimentar e nutricional.

Palavras-chave MONITORAMENTO – ESTADO NUTRICIONAL – SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.

ABSTRACT The monitoring of the population's health, food intake and nutrition may produce information to subsidize more effective public policies, programs and actions. This article discusses the importance and the possibility of coordinating information aiming at suitable interventions in the present context of the National Food and Nutritional Security Policy. Reviewing the main sources of information in health and nutrition in Brazil, the authors discuss the construction of national health systems, including the Food and Nutritional Surveillance System (SISVAN). The Brazilian experiences in the use of such information are also presented. Finally, some challenges are pointed out for the strengthening of SISVAN and the improvement in the production and intersectorial coordination of information in the food and nutritional field.

Keywords MONITORING – NUTRITIONAL STATUS – INFORMATION SYSTEMS.

ELYNE MONTENEGRO
ENGSTROM*
Escola Nacional de Saúde Pública
(Fiocruz/RJ)
Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD)
– Secretária Municipal de Saúde do
Rio de Janeiro/RJ

INÊS RUGANI RIBEIRO
DE CASTRO
Curso de Nutrição – Instituto de
Nutrição (UERJ/RJ)
Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD)
– Secretária Municipal de Saúde do
Rio de Janeiro/RJ

*Correspondências: INAD –
Av. Pasteur, 44, Botafogo, 22290-240,
Rio de Janeiro/RJ
engstrom@ensp.fiocruz.br

INTRODUÇÃO

São ações que podem contribuir para uma maior efetividade das políticas públicas a realização de diagnóstico sobre a situação de saúde, alimentação e nutrição de populações, o mapeamento da distribuição dos agravos nutricionais e daqueles ligados à alimentação segundo aspectos de interesse (localização geográfica, nível socioeconômico etc.), a identificação dos principais determinantes desses agravos, o monitoramento, no tempo, da dinâmica de evolução do perfil nutricional de populações e a divulgação oportuna dessas informações. Essa contribuição se dá tanto por meio do subsídio ao delineamento de políticas e ações, como a identificação de intervenções mais adequadas à realidade e a focalização em grupos prioritários, quanto para a avaliação das ações. Para que esse subsídio se dê de forma adequada, a disponibilidade, qualidade e confiabilidade das informações disponibilizadas são requisitos fundamentais.

O estado nutricional (EN) é um indicador classicamente utilizado no campo da saúde por ser básico à avaliação das condições de saúde e nutrição de indivíduos e coletividades e também da qualidade de vida de uma população, já que é determinado por fatores como renda, acesso a alimentos e serviços de saúde, hábitos condições de moradia, entre outros, refletindo, no indivíduo, o equilíbrio entre as necessidades nutricionais e o consumo alimentar. Nas três últimas décadas, em nosso país, houve substanciais avanços na quantidade, qualidade e representatividade das informações sobre o EN da população, principalmente da infantil, seja por meio de sistemas de informação implantados na rotina dos serviços de saúde, seja por estudos epidemiológicos locais, regionais e nacionais. Recentemente, o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população consolidou-se como uma diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), promulgada pelo Ministério da Saúde em 1999 e republicada em 2003.⁶

Na PNAN, está presente a concepção de que o monitoramento da alimentação e nutrição é ferramenta crucial para subsidiar intervenções voltadas para a prevenção e o controle de distúrbios nutricionais e doenças associadas à alimentação e nutrição e para a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis. Também nessa política estão explicitadas premissas e noções relevantes

para o tema aqui abordado. Duas dessas premissas merecem destaque: 1. a de que a construção da segurança alimentar e nutricional (SAN) em nosso país pressupõe a realização de ações de monitoramento alimentar e nutricional e sua articulação com as intervenções em saúde e nutrição; e 2. a de que o monitoramento e as intervenções em alimentação e nutrição devem acontecer de forma intersetorial, articulando os diversos setores que efetivamente contribuem para a sustentabilidade de uma política de SAN para o país, na qual a área da saúde tem atribuições definidas e fundamentais.⁶

Ainda que a intersetorialidade esteja prevista, concretamente, nos últimos anos, os avanços no monitoramento alimentar e nutricional têm se dado, fundamentalmente, no campo da saúde.

Este artigo tem por objetivo apontar as principais fontes de informação em alimentação e nutrição hoje disponíveis na área da saúde, sistematizar experiências de articulação entre informação e ação e apontar desafios atuais para a consolidação da geração sistemática de informações como ferramenta para a ação numa perspectiva intersetorial.

FONTES DE INFORMAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Por suas características e potencialidades, merecem destaque quatro fontes de informação em alimentação e nutrição no âmbito da saúde: o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e os estudos epidemiológicos de base populacional.

Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

É um dos sistemas de informação mais antigos do setor saúde. Por ser obrigatório e padronizado em todo território nacional, garante informação uniforme sobre as causas de cada óbito que acontece no país.³ Ainda que sua qualidade e cobertura sejam heterogêneas de cidade para cidade, fornece informações preciosas sobre a dinâmica de evolução do perfil de mortalidade da população brasileira. Por esse sistema, sabe-se, por exemplo, que a mortalidade por causas associadas à desnutrição (por exemplo, doenças infecciosas, em geral) diminuiu muito nas últimas décadas. Por outro lado, aumentou consideravelmente a mortalidade associada a doenças crônicas não transmissíveis (como

doenças cardiovasculares, diabetes, alguns tipos de câncer) ligadas à má alimentação e à obesidade.

Sistema de Nascidos Vivos (SINASC)

Implantado a partir do início da década de 90, é obrigatório e padronizado em todo território nacional.³ Entre outros dados relevantes, informa sobre o perfil de peso ao nascer de cada criança brasileira, o perfil demográfico e socioeconômico das mães dessas crianças e o cuidado pré-natal que essa mulher recebeu. Por esse sistema, sabe-se, por exemplo, que, em média, 10% das crianças brasileiras nascem com peso abaixo do recomendado – o que acarreta maior risco de desnutrição nos primeiros anos de vida – com diferenças importantes entre cidades, estados e regiões.

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

Proposto pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO), desde a década de 70, como um sistema interseccional,¹⁹ o SISVAN tem como definição conceitual ser um sistema com o objetivo realizar diagnóstico da situação alimentar e nutricional de populações, prever de maneira contínua as tendências dos agravos (monitoramento) e seus fatores determinantes, visando o planejamento e a avaliação de políticas, programas e intervenções.¹⁰

A implantação desse sistema nos diversos países tem sido bastante heterogênea. Em alguns países, o SISVAN tem como missão o monitoramento de indicadores econômicos, de consumo, produção e abastecimento alimentar voltados para as áreas da agricultura e economia, diferente de outros países, como o Brasil, onde o foco centra-se no campo da saúde pública, com o monitoramento do estado nutricional de grupos mais vulneráveis e historicamente voltado para crianças menores de cinco anos e gestantes.¹¹

Em nosso país, o SISVAN foi regulamentado como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde em 1990, iniciando-se, nos anos seguintes, um processo de organização do sistema em forma de rede, centrado na área da saúde, com indicadores e fluxo de dados minimamente padronizados. A expansão do sistema para diversos municípios brasileiros ocorreu a partir de meados dos anos 90, quando ter SISVAN implantado passou a ser pré-requisito para que os

municípios pudessem aderir a ações de suplementação alimentar e transferência de renda propostas pelo governo federal. Exemplos dessas ações são o programa Leite é Saúde² e o Incentivo de Combate às Carências Nutricionais,⁴ que tinham como foco o cuidado a crianças e gestantes em risco nutricional. Para adesão ao programa Bolsa Alimentação, lançado em 2002, o município deveria assinar compromisso, embora sem requisito formal, de implantar e manter atualizada a base de dados do SISVAN.

Desta forma, o SISVAN se consolida no Brasil como um sistema cuja base é oriunda de informações geradas a partir da rotina da Atenção Básica de Saúde (unidades básicas de saúde, programa de Agentes Comunitários de Saúde, programa de Saúde da Família). Os dados gerados e consolidados com periodicidade mensal têm fornecido, tradicionalmente, o perfil nutricional de crianças e, com menor cobertura, de gestantes atendidas na Atenção Básica, considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde.¹¹ As análises sobre a evolução de tendências da situação nutricional da população, inclusive de outros grupos etários, como escolares e adultos, assim como informações sobre a vertente alimentar diretamente ligada às condições de saúde, têm sido obtidas de estudos locais ou nacionais.

Estudos Epidemiológicos de Base Populacional

Uma fonte de informação fundamental para a complementação dos sistemas de informação na atenção à saúde são os estudos epidemiológicos de base populacional dirigidos a diferentes grupos etários. Os estudos populacionais brasileiros cujos resultados têm sido mais utilizados para o conhecimento e acompanhamento das tendências de alimentação e nutrição em nosso país são o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), realizado em 1974; a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), feita em 1989; as Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS), que ocorrem aproximadamente a cada dez anos – todos de âmbito nacional –; e a Pesquisa de Padrões de Vida (PPV), realizada em 1997, que estudou as regiões Nordeste e Sudeste. Além desses, nas últimas décadas, vários outros estudos de âmbito regional, estadual e local têm sido realizados, produzindo informações importantes para o entendimento das mudanças do perfil nutricional da população.

Esses estudos apontam, por exemplo, a substancial queda da desnutrição infantil na população brasileira entre as décadas de 70 e 90.¹⁵ Considerando o indicador peso/idade, as prevalências de desnutrição caíram de 18,4% (1975) para 7,1% (1989) e 5,7% (1996), uma variação negativa de 61,4% e 17% nos períodos de 75,89 e 89,96, respectivamente. Se considerado o déficit de crescimento linear (altura/idade), um indicador de desnutrição de longo curso durante a infância, a prevalência diminuiu de 15,5% (1989) para 10,5% (1996), muito embora com marcantes diferenças regionais (18% no Nordeste e 5,6% no Centro-Sul, em 1996). A desnutrição infantil delimita-se cada vez mais a áreas, grupos e famílias de maior vulnerabilidade social. Embora com prevalência em declínio, a desnutrição infantil deve ser considerada um evento sentinela da precariedade das condições de saúde, alimentação e nutrição de uma coletividade. Sendo considerada socialmente intolerável em qualquer grupo etário, a desnutrição é distúrbio relevante, principalmente em crianças menores de cinco anos, por aumentar de forma significativa o risco de adoecimento e morte,¹⁴ merecendo prevenção e controle prioritários.

Esses estudos apontam, também, que a situação de saúde e nutrição no país sofreu profundas mudanças, tornando-se mais complexa e heterogênea, surgindo no cenário nutricional brasileiro um novo problema: a evolução epidêmica da obesidade, principalmente na população adulta, mas que também atinge crianças e jovens. De 1974/5 a 1989, a prevalência desse agravo entre adultos passou de 5,9 a 13,3% entre as mulheres e de 3,1% a 8,2% entre os homens, mantendo-se tendência ascendente em 1997.¹⁵ Em escolares e adolescentes, o excesso de peso aumentou de 4,9% para 17,4% na faixa etária de 6-9 anos e de 3,7% para 12,6% entre 10-18 anos.²¹ Uma informação complementar é a de que esse aumento está se dando de forma diferenciada nos diversos segmentos sociais¹⁵ e, hoje, pode ser considerado importante marcador de insegurança alimentar na população de baixa renda.

O Brasil dispõe, portanto, de ampla documentação sobre a trajetória da desnutrição e da obesidade. Em contraste, não existem informações representativas da situação das carências de micronutrientes, como a anemia e a hipovitaminose A. Os estudos de base populacional em estados e cidades brasileiros apontam prevalências

muito heterogêneas de anemia nos diversos grupos etários, oscilando entre muito baixas e muito elevadas, com resultados mais consistentes em crianças menores de cinco anos.²⁰ Na região Nordeste do país, há dados para os estados da Paraíba (19,3% em 1982 e 36,4% em 1992), Piauí (33,8% em 1992), Pernambuco (46,7% em 1997), Sergipe (31,4% em 1998) e nas cidades de Recife (30,9% em 1992) e Salvador (46,4% em 1996). Na região Sudeste, na cidade de São Paulo – centro urbano com substanciais progressos nos indicadores de saúde infantil nas últimas décadas –, a análise temporal da prevalência de anemia em crianças de seis a 60 meses evidenciou importante aumento desse agravo nas últimas décadas: 22,7% (1973/74), 35,6% (1984/85) e 46,9% (1995/96), com crescimento considerável do risco de anemia ao longo do primeiro ano de vida.¹⁶

EXPERIÊNCIAS DE ARTICULAÇÃO ENTRE INFORMAÇÃO E AÇÃO

Em nosso país, têm sido registradas experiências de grande êxito de articulação entre informação e ação, entre elas, os quatro exemplos apresentados a seguir. Observe-se que essa articulação acontece, principalmente, na esfera local de atuação (comunidades, municípios).

Como primeiro exemplo, pode-se citar que o fato de o SISVAN ter se estruturado a partir do nível local de assistência à saúde fez com que ele tenha, como característica principal, a possibilidade de combinar o monitoramento nutricional da clientela atendida (enfoque coletivo) com a identificação precoce de cada indivíduo em risco nutricional e com o cuidado diferenciado a esse indivíduo. Em consequência, não só contribuiu para o planejamento de medidas mais eficientes e resolutivas como ajuda a avaliar as ações de saúde desenvolvidas.

O segundo exemplo refere-se à realização de estudos de avaliação operacional e de impacto de intervenções dirigidas a grupos em risco nutricional e ao uso de seus resultados para a reorientação do desenho dessas intervenções.⁹ Superando uma tradição de não se avaliar as ações implementadas, o Ministério da Saúde, desde meados da década de 90, tem investido cada vez mais em ações de avaliação. No delineamento do programa Bolsa Alimentação, por exemplo, foram previstos recursos para sua avaliação operacional e

de impacto, que foi desenvolvida por uma instituição especializada nesse tipo de pesquisa.

Como terceiro exemplo, pode-se citar a realização de estudos sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida durante as campanhas nacionais de vacinação e sua articulação com a promoção da amamentação. Em diversas cidades, estudos sobre esse tema, utilizando metodologia comparável, têm sido desenvolvidos, em geral pela própria secretaria municipal de Saúde. Os resultados têm sido usados na sensibilização dos profissionais de saúde e das autoridades locais para a importância da estruturação (ou ampliação) das ações de incentivo, apoio e proteção à amamentação e à alimentação complementar oportuna.

O quarto exemplo é a articulação entre inquéritos nutricionais realizados em escolares e medidas desencadeadas a partir de seus resultados. Em algumas localidades, a integração entre as secretarias de Saúde e de Educação tem propiciado a realização de estudos sobre perfil nutricional dos alunos da rede pública de ensino.¹ Com base nos resultados observados, têm sido desenvolvidas ações de promoção da saúde e da alimentação saudável, que envolvem práticas pedagógicas e modificações nos cardápios das refeições oferecidas.¹³

DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA INTEGRAÇÃO ENTRE INFORMAÇÃO E AÇÃO NA CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Apesar dos avanços na construção do SISVAN nas últimas décadas, consideramos que ele é um empreendimento inacabado. Ainda há muitas questões a serem transformadas, sendo oportuno reavaliar as potencialidades e limitações do sistema em duas vertentes. A primeira vertente refere-se ao fortalecimento e à reestruturação do SISVAN, de forma a torná-lo efetivo em seu papel primordial e único na área da saúde. A segunda vertente refere-se à integração a outros setores que, no contexto atual, participam na construção de uma política de SAN sustentável.

1. Fortalecimento do SISVAN na área da saúde:

Para discussão dessa primeira vertente, alguns desafios precisam ser enfrentados e redimensionados. Identificamos cinco eixos, aos quais levantamos alguns pontos para reflexão, apontando

perspectivas na intenção de contribuir para o debate nacional.

a) Ampliação e integração dos dados já produzidos, com revisão do fluxo de informações.

Os dados do SISVAN deveriam ser consolidados de forma integrada na esfera municipal e seguir, em um fluxo de informações também integrado, para as outras esferas de governo. Na prática, o caminho das informações ainda se dá de forma fragmentada e com fluxo diverso. As informações de saúde e nutrição da população atendida nos programas comunitários (crianças e gestantes) já estão incorporadas ao Sistema de Atenção Básica (SIAB).⁵

O desafio atual é integrar os dados de programas comunitários aos das unidades básicas de saúde, evitando o caminho paralelo e desarticulado das esferas municipais, estaduais e federal para que essas informações possam ser, de fato, agregadas, analisadas e, finalmente, amplamente divulgadas, retroalimentando o sistema. A falta de integração de informações e fluxos de dados é fruto da desarticulação entre as diversas instâncias responsáveis por sistemas de informação em saúde e delas com a área de nutrição nas diferentes esferas de governo. A superação dessa falta de integração pressupõe decisão política e uma agenda de trabalho que reúna gestores e equipes técnicas de sistemas de informação e nutrição com o objetivo de, por exemplo, definir e padronizar indicadores e grupos-alvo, elaborar instrumentos para registro dos dados e determinar fluxos básicos para as informações.

Além disso, o fortalecimento do SISVAN na área da saúde passa, necessariamente, pela revisão de seu fluxo de dados, visando garantir sua integração aos sistemas de base nacional do SUS, evitando a desgastante multiplicidade e o paralelismo de fontes de coleta de dados e garantindo interfaces do monitoramento da situação de alimentação e nutrição com a de saúde da população usuária do SUS. Insere-se nesse debate a proposição de regulamentação da notificação compulsória da desnutrição infantil grave e da obesidade mórbida.

Outro aspecto crucial para o fortalecimento do SISVAN é a ampliação de sua cobertura, com funcionamento efetivo no universo das unidades e dos programas comunitários locais e ampliação do monitoramento para outros grupos-alvo (crianças, adultos, gestantes, adolescentes), tornando ágeis e confiáveis as informações geradas, com provisão

de recursos necessários e investimentos na educação continuada de profissionais de saúde.

O SISVAN também se fortalece à medida que as informações geradas são utilizadas de forma a qualificar a assistência à saúde dos indivíduos, *com cuidado diferenciado a grupos em risco* e com a valorização do estado nutricional como um importante componente do processo saúde-doença, ou seja, o reconhecimento de que os agravos nutricionais estão associados a importantes causas de adoecimento e morte.

- b) Garantia da identificação e do acompanhamento diferenciado de indivíduos em risco nutricional diante do novo perfil dos programas federais, que enfocam transferência de renda.

Conforme já mencionado, o programa Leite é Saúde e o Incentivo de Combate às Carências Nutricionais tinham como foco o cuidado a crianças e gestantes em risco nutricional e contribuíram para o fortalecimento do SISVAN e da integração entre informação e ação na atenção primária à saúde.

A implantação do programa Bolsa Alimentação, em 2002, iniciou uma mudança de enfoque. Ainda que, em tese, o risco nutricional fosse um quesito para inclusão no programa e, na agenda de compromissos entre a família e a unidade de saúde, estivessem previstas ações de saúde voltadas para a prevenção e o manejo da desnutrição, concretamente, o foco foi deslocado do risco nutricional para a pobreza e, por conseqüência, para a transferência de renda. Essa mudança de enfoque se aprofundou com a junção do programa Bolsa Alimentação a outros, para a implementação do programa Bolsa Família (PBF), que, a partir de 2004, passou a ser o carro-chefe das ações de transferência de renda do programa Fome Zero.

Embora seja uma excelente medida a ampliação da cobertura de medidas de transferência de renda e apesar de o risco nutricional ser maior em famílias socialmente desfavorecidas e a presença de crianças seja critério para aumento dos recursos, a perda de foco na identificação de indivíduos em risco nutricional está acarretando um retrocesso no cuidado dessas pessoas pelo setor saúde. O desafio que está colocado é justamente o de manter a atenção diferenciada a indivíduos em risco nutricional no contexto do PBF. Ou seja, ainda que integradas às ações de transferência de renda, as ações de recuperação nutricional devem ser preservadas como atividade intransferível e imprescindível do setor saúde, devendo ser man-

tidas as rotinas de identificação de grupos em risco nutricional e de atendimento diferenciado a eles, às quais o SISVAN é ferramenta fundamental. Para isso, faz-se necessário preservar a alocação de recursos financeiros específicos para a recuperação nutricional nas diversas esferas de governo, à luz da experiência acumulada em nosso país quando da implementação do Incentivo de Combate às Carências Nutricionais. Além da alocação de recursos financeiros, é importante, também, investir na educação continuada dos profissionais responsáveis pelo atendimento a grupos em risco nutricional.

- c) Incorporação e ampliação do monitoramento do comportamento alimentar.

Conforme já mencionado, no Brasil, o SISVAN se consolidou como um sistema de informações sobre o estado nutricional de grupos atendidos na rede básica de saúde. É muito incipiente, ainda, a geração e sistematização de informações sobre o comportamento alimentar da população. Para que a área da saúde possa avançar no delineamento, implementação e avaliação de ações de promoção da alimentação saudável, é fundamental conhecer a dinâmica alimentar da população nos diversos momentos do ciclo da vida. O único aspecto do comportamento alimentar cujo monitoramento está mais estruturado é o da prática da amamentação e da complementação alimentar no primeiro ano de vida.

Uma fonte de informação promissora sobre esse tema são os sistemas de monitoramento de fatores de risco e proteção à saúde que começam a ser delineados para a população adulta e adolescentes. Para o primeiro grupo (adultos), está sendo experimentado em São Paulo um sistema cuja coleta de dados se dá por meio de ligação telefônica e abrange uma amostra representativa de toda a população.¹⁸ Esse sistema já existe em outros países e mostra-se factível e útil em cidades com grande cobertura de serviço telefônico, como é o caso de grandes cidades e de cidades de médio e pequeno porte com boa cobertura de serviços de telefonia. Para o segundo grupo (adolescentes), está em experiência no Rio de Janeiro um sistema cujas informações são colhidas na escola.⁸ Nos dois sistemas, estão incluídos dados sobre alimentação, atividade física e outros, de interesse para a promoção de hábitos de vida saudáveis.

Outra fonte de informação também promissora são os estudos populacionais, nos quais po-

dem ser contempladas não somente informações sobre estado nutricional, mas, ainda, sobre hábitos alimentares, carências nutricionais específicas e situações de insegurança alimentar.

- d) Realização de monitoramento fora do setor saúde em espaços estratégicos, como escolas, creches e asilos, e na comunidade.

Nos últimos anos, foi registrado importante aumento da taxa de escolarização, especialmente no ensino fundamental, com cerca de 96% da população brasileira na faixa etária entre sete a 14 anos freqüentando a escola.¹² Esse grupo etário apresenta menor demanda às unidades de saúde, havendo, ainda, maior dificuldade na aplicação de indicadores para avaliação do estado nutricional, o que pode dificultar, em parte, o diagnóstico coletivo na rotina da atenção básica. Com isso, o espaço escolar tornou-se um local privilegiado e oportuno para a obtenção de informações representativas locais sobre saúde, alimentação e nutrição, pouco disponíveis para crianças maiores de cinco anos e adolescentes. Essas informações podem ser geradas por meio de estudos epidemiológicos realizados regularmente.

Além de espaços estratégicos para a geração de informações, as creches e escolas são locais privilegiados para a formação de hábitos alimentares saudáveis e o resgate da cultura alimentar, assim como para propiciar suplementação alimentar por meio de refeições balanceadas e saudáveis, fortalecendo o Programa de Alimentação Escolar. São, portanto, espaços também propícios à integração entre informação e ação.

2. Avançar na geração e articulação intersectorial de informações de monitoramento alimentar e nutricional:

Para que se possa avançar na elaboração, implementação e avaliação de políticas sustentáveis voltadas à consolidação da SAN em nosso país,

faz-se necessário um sistema (ou uma rede de sistemas) intersectorial com indicadores padronizados e complementares que permitam conhecer com mais consistência aspectos do campo *alimentar*, como a dinâmica de produção, abastecimento, comercialização e consumo de alimentos, assim como do campo *nutricional*, com informações sobre o estado nutricional (antropométrico, bioquímico) da população. Esse sistema amplo e integrado certamente produzirá informações que subsidiem a identificação de oportunidades e espaços estratégicos para atuação.

Nessa perspectiva, no relatório final da II Conferência Nacional de SAN, realizada em Olinda em 2004,⁷ foi proposta como prioridade a criação de um Sistema Nacional de Informação em Segurança Alimentar e Nutricional, com caráter intersectorial nos três níveis de governo e da sociedade civil organizada, abrangendo os componentes alimentar e nutricional, assegurando divulgação ampla das informações geradas a fim de nortear, monitorar e avaliar políticas públicas como instrumento de gestão e de controle social. Nesse sistema intersectorial, o SISVAN precisa ter fluxo de dados bem definido, com geração de informações articuladas às ações oportunas, tendo a implantação e alimentação dos dados do sistema no setor saúde como condição obrigatória para o repasse de recursos do SUS.

Esse é o desafio colocado para o nosso país hoje: aprofundar a articulação da informação com a ação seja por meio do fortalecimento da vigilância alimentar e nutricional e do cuidado diferenciado a grupos em risco nutricional no âmbito das ações de saúde, seja por meio da integração do SISVAN com outros setores, na perspectiva da construção de uma Política Nacional de SAN sustentável, que garanta o direito humano à saúde, à alimentação e à nutrição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anjos LA, Castro IRR, Engstrom EM, Azevedo AMF. Crescimento e estado nutricional em amostra probabilística de escolares no município do Rio de Janeiro, 1999. *Cad Saúde Públ* 2003;19 Supl 1:S171-9.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Atendimento aos Desnutridos e às Gestantes em Fisco Nutricional *Leite é Saúde*. Norma Operacional. Brasília; 1993.
3. _____. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão atual. Informe Epidemiológico do SUS Ano 5-4. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia. Brasília; 1997.
4. _____. Portaria do Ministério da Saúde 709, 10/06/99. Estabelece critérios e requisitos para a implementação de ações de combate às carências nutricionais nos municípios. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)* 110: 85; Jun 11; Seq 1; 1999.

5. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Cad 1, 2 e 3. Educ permanente. Brasília; 2000.
6. _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília; 2003.
7. _____. Relatório Final da II Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional 2004. Disponível em < http://www.fomezero.gov.br/download/relatorio_final_IICNSN.pdf>
8. Castro IRR, Cardoso LO, Engstrom EM, Monteiro CA. Sistema de monitoramento de fatores e atitudes de risco e proteção à saúde entre adolescentes: desenvolvimento de instrumento e de dinâmica de coleta de dados. Rev Bras Epidemiol, número especial, Anais do VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 2004.
9. Castro, IRR. Efetividade da suplementação alimentar na recuperação de crianças desnutridas. São Paulo: Editora Hucitec-NUPENS/USP, 1999.
10. _____. Vigilância alimentar e nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde. Rio de Janeiro: Editora Focruz, 1995.
11. Engstrom EM, org. SISVAN: instrumento para o combate às carências nutricionais nos serviços de saúde: o diagnóstico nutricional. 2.ª ed. Rio de Janeiro: Editora Focruz, 2002.
12. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Síntese de indicadores sociais, 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.
13. Maldonado LA, Castro IRR, Azevedo AMF, Lima EP, Souza LP, Freire MC, et al. Avaliação do projeto Com Gosto de Saúde: uma iniciativa de promoção de saúde por meio da educação nutricional em escolas. Saúde em Foco: Promoção de Saúde. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2002.
14. Mata L. Interacciones infección nutrición. In: Crecimiento y desarrollo. Hechos y tendencias. Publicación Científica, n. 510. Washington: OPAS (Organización Panamericana de la Salud); 1988.
15. Monteiro CA, Conde WL. Evolução da obesidade nos anos 90: a trajetória da enfermidade segundo estratos sociais no Nordeste e Sudeste do Brasil. In: Monteiro, CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil. 2.ª ed. aumentada. São Paulo: Editora Hucitec-NUPENS/USP, 2000.
16. Monteiro CA, Benício MHA, lunes FF, Gouveia NC, Cardoso MA. Evolução da desnutrição infantil. In: Monteiro, CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil. 2.ª ed. aumentada. São Paulo: Editora Hucitec-NUPENS/USP, 2000.
17. Monteiro CA, Szarfac SC, Mondini L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). Rev Saúde Públ 2000;34 (6):62-72.
18. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR, et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis por meio de entrevistas telefônicas: descrição de métodos e resultados iniciais no município do São Paulo. Série Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis 1/04; 2004.
19. OPAS (Organización Panamericana de la Salud). El sistema nacional de vigilancia de la nutrición. In: OPAS, Conocimientos actuales em nutrición. Washington: OPAS; 1990.
20. Santos LMP, org. Bibliografia sobre deficiência de micronutrientes no Brasil 1990-2000: volumes a e b – anemia. Brasília: OPAS; 2002.
21. Wang Y, Monteiro CA, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China and Rússia. Americ Journ Clin Nutri 2002;75:971-7.

Submetido: 10 maio 2004

Aprovado: 30 jul. 2004

Estado Nutricional, Acesso aos Programas Sociais e Aquisição de Alimentos*

Nutritional Status and Accessibility to Social Programs and Food

RESUMO Visando conhecer a situação de famílias residentes em três bairros periféricos do município de Piracicaba, SP no tocante à situação nutricional das crianças, ao acesso aos programas sociais e às dificuldades enfrentadas para a aquisição de alimentos, foi elaborada a presente pesquisa. A amostra foi constituída de 685 crianças e suas famílias (n = 257). As informações socioeconômicas e relativas à aquisição de alimentos foram obtidas por meio de questionário específico. O estado nutricional foi analisado tendo por base as medidas antropométricas de peso e altura. A análise do estado nutricional revelou 6% de crianças com indicativo de déficit de altura (ZAI < -2), proporção considerada acima da esperada (2%). Foi encontrada reduzida prevalência de baixo peso (IMC < 5^o P) entre as crianças. Na condição oposta, foi identificada prevalência de sobrepeso, obesidade de 13,9%. As famílias (n = 48; 73,9% da amostra) mais pobres (< 0,5 SM *per capita*) se beneficiam predominantemente dos programas Bolsa Escola (79,1%) e Renda Mínima (n = 10,4%). Nesse caso, há forte associação entre situação socioeconômica e acesso aos programas sociais. Cerca de 50% das famílias alegaram que enfrentam dificuldades para comprar alimentos no próprio bairro onde residem. Entre essas, 87% declararam rendimentos inferiores a um salário mínimo *per capita*.

Palavras-chave ACESSO AO ALIMENTO – ESTADO NUTRICIONAL – SEGURANÇA ALIMENTAR.

Abstract This work was designed to assess the nutritional status of children, their access to “corrective programs” and to identify the difficulties faced by families to secure food in three underprivileged neighborhoods of Piracicaba, SP. The sample consisted of 685 children and their families (n = 257). Socioeconomic data and information on access to food were obtained from pre-tested specific questionnaires. The nutritional status was analyzed by anthropomorphic measurements. Results showed that 6% of the children presented growth deficit, against 2% in the reference population. The opposite situation was found regarding the prevalence of overweightness, obesity: 13.9% of the children, which is above the expected 10%. The poorer families (n = 48; 73.9% of the sample), receiving less than 0.5 of the minimal wage *per capita*, benefited predominantly from the School Stipend (79.1%) and Minimal Income (10.4%) programs. So there is a strong association between socioeconomic

MARINA VIEIRA DA SILVA*
Escola Superior de Agricultura Luiz de
Queiroz (Esalq) – Departamento de
Agroindústria, Alimentos e Nutrição
(USP/SP)

GILMA LUCAZECHI STURION
Escola Superior de Agricultura Luiz de
Queiroz (Esalq) – Departamento de
Agroindústria, Alimentos e Nutrição
(USP/SP)

* Correspondências: Av. Pádua Dias,
11, Caixa Postal 9, 13418-900,
Piracicaba/SP

mvdsilva@esalq.usp.br

* A pesquisa foi financiada pela Prefeitura Municipal de Piracicaba, por meio do convênio (FEALQ – Proc. n.º 3.144-5, estabelecido entre a Prefeitura e a ESALQ).

status and the access to social programs. Nearly 50% of the families found it difficult to purchase their groceries in their own neighborhoods. Of those, 87% declared to receive less than 1 minimal wage *per capita*.

Keywords FOOD ACCESSIBILITY – NUTRITIONAL STATUS – FOOD SECURITY.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A questão alimentar não se restringe a uma área específica, de maneira que as interações necessárias à condução de políticas/programas públicos nesse campo são de grande amplitude, envolvendo, de acordo com Pessanha,⁸ políticas macroeconômicas, setoriais, redistributivas e regulatórias.

No Brasil, em especial nas últimas duas décadas, a segurança alimentar tem estimulado um amplo debate, com destaque para a definição de objetivos e critérios prioritários para o planejamento das políticas públicas para viabilizá-la.

Particularmente na última década, inúmeras experiências políticas e programas formulados para a consolidação da segurança alimentar da população brasileira têm sido implementados, especialmente no âmbito dos municípios. De maneira concomitante, organizações sociais, civis, empresariais, setoriais e político-partidárias têm lançado ao debate público múltiplas propostas de políticas específicas de superação da pobreza e garantia da segurança alimentar.

Há no Brasil o reconhecimento consensual dos especialistas de que um dos principais problemas de insegurança alimentar a ser enfrentado é o da insuficiência de acesso, condicionada essencialmente pela estrutura desigual da renda e de oportunidades existentes no país.

Quando se analisa o complexo de variáveis que condiciona o problema, verifica-se que a literatura especializada tem destacado a existência de forte relação entre os problemas de insuficiência alimentar e de desigualdade distributiva. De acordo com Monteiro⁴ e Hoffmann,³ a desnutrição infantil se concentra nas regiões mais pobres, onde os índices de desigualdade e pobreza se revelam mais alarmantes, e está fortemente associada aos rendimentos das famílias.

Segundo Monteiro,⁴ Ometto *et al.*⁷ e Pessanha,⁸ prevalências da fome e da desnutrição demonstram que o maior problema a ser enfrentado é o da desnutrição crônica que acomete a população infantil. A prevalência da desnutrição infantil está longe de apresentar distribuição homogênea. Ainda de acordo com os referidos autores, as populações rurais se encontram em desvantagem quando comparadas com os moradores das zonas urbanas; e as regiões Norte e Nordeste, em relação às regiões do Centro-Sul.

As recentes mudanças nas condições nutricionais da população brasileira, com destaque para o aumento da prevalência da obesidade em praticamente todos os estratos de idade, não podem ser ignoradas. De acordo com Monteiro *et al.*,⁵ independente das razões que vêm determinando que os estratos sociais menos favorecidos da nossa população percam sua proteção contra a obesidade (homens) ou sofram intensificação de sua maior exposição à doença (mulheres), a constatação desses fatos acarreta implicações importantes. Os referidos autores alertam para a situação da tendência da concentração da doença nos estratos socioeconômicos menos favorecidos ser mantida, o que deverá acarretar repercussões futuras sobre a distribuição social da carga total de doenças no país.

Tendo em vista a importância da elaboração de diagnósticos sobre a situação nutricional e de consumo de alimentos, especialmente no que tange ao acesso da população aos mesmos, neste trabalho pretende-se apresentar os principais resultados obtidos por meio da pesquisa Consumo alimentar e estado nutricional da população dos bairros Novo Horizonte e Kobayat, do município de Piracicaba/SP.* A pesquisa foi desenvolvida com vistas à obtenção de subsídios para a elaboração de estratégias a serem implementadas pelo Programa

* * A pesquisa integra o projeto Contribuição da ESALQ para o Programa Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Piracicaba.

Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional do Município de Piracicaba.

Entre os principais objetivos da pesquisa, destacam-se a avaliação do estado nutricional infantil, o acesso das crianças e suas famílias aos programas públicos e a identificação das dificuldades enfrentadas pelos grupamentos familiares para a aquisição de alimentos.

METODOLOGIA

Local da pesquisa

A pesquisa foi implementada no município de Piracicaba, SP, que possui área de 1.371,8 km² e densidade demográfica de 239,3 habitantes por km². De acordo com o *Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil*,¹ a população do município totalizava 329.158 habitantes, sendo 317.374 moradores na área urbana e 11.784, na área rural. A taxa de urbanização era de 96,42%. Em 2000, 83.025 habitantes possuíam idade inferior a 15 anos e 22.397 tinham 65 anos ou mais. A mortalidade até um ano (por 1.000 nascidos vivos) foi de 12,8. A média de anos de estudo era de sete e a taxa de analfabetismo, de 12,8%. Em 2000, a renda *per capita* média foi de R\$ 455,90 e a proporção de pobres, 10,2% da população. Foi observado, entre 1991 e 2000, um crescimento da renda *per capita* de 22,86% (R\$ 371,04 em 1991, atingindo R\$ 455,87, em 2000).

Tendo em vista que uma das estratégias que poderá ser adotada para ampliar o rol de alternativas e possibilidades de acesso à compra de alimentos relaciona-se à intensificação do comércio de alimentos por meio da implantação, entre outros *equipamentos*, de varejões, a amostra de crianças e famílias da pesquisa não se restringiu aos moradores do bairro Sabiás.* Desse modo, optou-se pela expansão da amostra e, conseqüentemente, das análises, com o envolvimento de grupos populacionais dos bairros Novo Horizonte e Kobayat, localizados na mesma região geográfica em que está situado o bairro Sabiás.

População de estudo

No bairro Novo Horizonte, a amostra foi constituída por grupo de alunos pertencentes às oito primeiras séries do ensino fundamental matriculados na Unidade Escolar Estadual Francisco

Mariano da Costa (única escola da rede pública situada na região) e suas famílias. A referida escola possuía, em 2002, um total de 970 alunos matriculados, moradores predominantemente do bairro onde se localiza a unidade de ensino e também no seu entorno. Integraram a pesquisa, ainda, as crianças que freqüentavam a Creche Municipal do Novo Horizonte, totalizando 130 indivíduos com idade entre três meses e seis anos.

No bairro Kobayat, a amostra foi constituída pelos alunos da Creche Municipal, que atende um total de 141 crianças, com idade variando entre um e seis anos. Destaca-se que parcela substancial desse grupo residia no bairro Sabiás.

Situação nutricional infantil

Os dados de peso e altura das crianças foram obtidos no âmbito das três unidades de ensino. Nas EMEIS, todas as crianças presentes no dia da visita foram avaliadas e na Escola Estadual Francisco Mariano da Costa foi efetuado sorteio de alunos de uma classe que representava uma das oito séries iniciais (ensino fundamental).

Utilizando o *software* EPI-INFO,² foi organizado um banco de dados visando os cálculos e as análises dos indicadores escore Z de altura para idade – ZAI e Índice de Massa Corporal (IMC).

Para a identificação das crianças com comprometimento de altura (desnutrição crônica), elegeu-se o nível crítico - 2 para o ZAI. Note-se que, em populações de referência, é esperada uma proporção de cerca de 2% de crianças geneticamente baixas. Julgou-se pertinente, para a identificação da situação nutricional atual da totalidade das crianças, incluir a análise da distribuição dos percentuais do Índice de Massa Corporal (IMC).

Foram discriminados três intervalos de percentuais, a saber: IMC < 5^o P (identificação da prevalência da população com baixo peso); 5^o P ≤ IMC < 90^o P (eutróficos) e IMC ≥ 90^o P (identificação da prevalência de sobrepeso e obesidade).

Vale registrar que foi possível obter, no âmbito das três unidades, os dados antropométricos de praticamente a totalidade das crianças.

Para a obtenção dos dados socioeconômicos e de estilo de vida das famílias, foi elaborado um questionário específico, previamente testado.

*O bairro Sabiás constitui o objeto principal das ações integrantes do projeto-piloto do Programa Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Piracicaba.

Tabela 1. Distribuição das crianças de acordo com o estado nutricional, tendo por base o escore Z de altura para idade – ZAI < -2, gênero e unidade de ensino de origem. Piracicaba, 2002.

UNIDADE	TOTAL DA AMOSTRA		ESTADO NUTRICIONAL (ZAI < -2)				TOTAL	
			MASCULINO		FEMININO			
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
EMEB – Novo Horizonte	121	17,6	6	54,5 (22,2)	5	45,5 (35,7)	11	100 { 9,1 }
EMEB – Kobayat	125	18,3	2	66,7 (7,4)	1	33,3 (7,14)	3	100 { 2,4 }
Escola – Novo Horizonte	439	64,1	19	70,4 (70,4)	8	29,6 (57,1)	27	100 { 6,2 }
Total	685	100	27	65,9 [3,9]	14	34,1 [2]	41	6

Obs.: os números entre parênteses são os percentuais de crianças observadas em relação ao total observado em cada coluna; os números entre colchetes são os percentuais relativos ao total (n = 685) de crianças observadas na amostra; os números entre chaves são os percentuais em relação ao total de crianças observadas em cada unidade de ensino.

Visando conhecer a associação entre algumas variáveis selecionadas (como exemplos: renda, estado nutricional, acesso aos programas, acesso aos alimentos), foram elaboradas tabelas de contingência, acompanhadas dos testes de qui-quadrado comum e qui-quadrado de tendência linear (Maentel-Haenzel).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cabe registrar que, tendo em vista a metodologia adotada,* as informações solicitadas aos pais e/ou responsáveis pelas crianças referem-se a um grupo de menor porte, composto por 257 famílias. Desse modo, as análises apresentadas neste artigo são relativas a 37,5% do total das crianças (n = 685), para as quais se dispõe de informações antropométricas.

Inicialmente, serão apresentados os principais resultados relativos à situação nutricional infantil.

Na tabela 1, são mostrados os resultados que relacionam o estado nutricional, com base no escore ZAI, e as unidades de ensino de origem.

Tendo por base o número total de crianças observadas (n = 685), é possível notar que a proporção de escolares com ZAI < -2 alcança 6%. Em populações de referência, espera-se encontrar cerca de 2% de indivíduos geneticamente baixos. Desse modo, na presente pesquisa, cerca de 4% das crianças apresentam *déficit* de altura, proporção que representa o dobro da esperada.

É interessante registrar que uma análise de Silva *et al.*,¹¹ tendo por base o estado nutricional de 16.093 alunos (29,2% do total de matriculados da

rede pública de ensino) com idade entre seis e quinze anos, também revelou 4,2% de escolares com indicativo de *déficit* de altura. Cabe mencionar que os autores coletaram os dados em meados da década de 90. Naquela época, a prevalência de desnutrição crônica superava a proporção de crianças com indicativo de baixo peso (1,4% inferior aos 2% observados em populações de referência). Quando são considerados os dados nacionais, Monteiro⁴ verificou que as crianças desnutridas ou com baixa estatura correspondiam, em 1996, a 10,4% da população infantil brasileira.

Visando conhecer a situação nutricional atual das crianças, optou-se pela análise do Índice de Massa Corporal (IMC). Os resultados revelaram percentual irrisório (1%) de crianças com baixo peso. Cabe lembrar que a situação observada praticamente não difere, quando se considera o diagnóstico realizada por Silva *et al.*¹¹ na década de 90, também com o envolvimento de escolares da rede pública de ensino.

Na condição oposta, isto é, ao se estudar os dados relativos à prevalência de sobrepeso (13,9%), foram identificadas crianças com IMC $\geq 90^{\circ}$ P. A melhor situação no que diz respeito à condição nutricional atual é encontrada na escola do bairro Novo Horizonte. A prevalência de baixo peso é nula e 10,5% foram classificadas com IMC $\geq 90^{\circ}$ P (note-se que a proporção observada em grupo de referência é de 10%). Visando analisar a existência de associação entre as variáveis renda familiar *per capita* e o estado nutricional atual, elaborou-se a tabela 2.

* Na creche, as mães responderam os questionários com acompanhamento e orientação das estagiárias responsáveis pela coleta de dados. Na unidade de ensino fundamental, para a obtenção das informações, adotou-se o instrumento autoaplicado. Por meio dos alunos, o questionário foi encaminhado aos pais/responsáveis, com a orientação de que fosse respondido e devolvido na escola aos responsáveis pela coleta de dados.

** De forma geral, predomina na amostra famílias oriundas do estado de São Paulo (11, 2% da capital paulista e 26, 2, do interior) e 31, 8% do estado de Minas Gerais. Na época da pesquisa, o valor do salário mínimo era de R\$200, 00.

Tabela 2. Distribuição das crianças de acordo com o estado nutricional tendo por base três intervalos do Índice de Massa Corporal (IMC) e estratos de renda familiar *per capita*. Piracicaba, 2002.

INTERVALOS DE RENDA FAMILIAR PER CAPITA (EM REAIS)	ESTADO NUTRICIONAL (IMC)						TOTAL	
	< 5 ^o P		5 ^o P — 90 ^o P		≥ 90 ^o P			
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
< 120	1	1,1 [50]	74	81,3 [51,8]	16	17,6 [61,6]	91	[53,2]
120 — 240	1	1,5 [50]	57	87,7 [39,9]	7	10,8 [26,9]	65	[38]
≥ 240	0	0[0]	12	80 [8,3]	3	20 [11,5]	15	[8,8]
Total	2	(1,2)	143	(83,6)	26	(15,2)	171	100

$\chi^2 = 1,87$, com quatro graus de liberdade, não-significativo.

$\chi^2 (mh) = 0,17$, com um grau de liberdade, não-significativo.

Obs.: os números entre colchetes são os percentuais em relação aos números (total) observados nas colunas. Entre parênteses, são observados os percentuais em relação ao total de observações ($n = 171$) válidas.

Verifica-se que a maioria (53,2%) das crianças pertence a famílias com rendimento *per capita* que não alcança R\$ 120,00. Nesse estrato de renda, 17,6% das crianças foram classificadas com IMC $\geq 90^{\circ}$ P (indicativo de sobrepeso). Tal situação demanda atenção, pois revela que, mesmo entre os grupamentos mais pobres, é notável a prevalência de sobrepeso e obesidade.

De acordo com Sawaya e Roberts,¹⁰ existe uma quantidade expressiva de evidências epidemiológicas mostrando que a baixa estatura nutricional aumenta o risco de obesidade futura. Cabe frisar que a obesidade vem aumentando drasticamente não apenas nos países desenvolvidos, mas também naqueles em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, especialmente entre os indivíduos mais pobres. Entre as crianças pertencentes às famílias com maiores rendimentos (\geq R\$ 240,00), a proporção (IMC $\geq 90^{\circ}$ P) é de 11,5 (substancialmente menor que a observada entre os mais pobres).

Cabe salientar que os testes estatísticos não captaram associação entre as variáveis renda familiar e estado nutricional, tendo por base o IMC.

A análise comparativa dos dados da presente pesquisa com o estudo elaborado por Silva *et al.*¹¹ mostra que a prevalência de crianças identificadas com sobrepeso/obesidade sofreu modificações nos últimos dez anos. Em meados da década de 90, o percentual de crianças nessa condição superava em cerca de 8,8 pontos a proporção esperada. Ao examinar os dados da tabela 2, verifica-se que o valor supera 3,9 pontos o percentual observado em populações de referência.

Embora os resultados estimulem o otimismo quanto à situação da obesidade entre a população jovem, deve ser considerado o fato que, no levantamento implementado na década de 90, as crianças integrantes da amostra possuíam idades entre seis e 15 anos, enquanto a análise atual envolve crianças com menor idade, atendidas nas duas EMEIS, e que, provavelmente, não se encontravam expostas ao conjunto de fatores de risco para o sobrepeso e obesidade.

Nesta pesquisa, buscou-se conhecer, também, as condições vivenciadas pelas crianças e suas famílias, com destaque para o seu acesso aos programas sociais. Verificou-se que 24,8% ($n = 61$) dos entrevistados registraram que recebiam doações de alimentos. Em situação distinta encontrava-se a maioria (75,2%) das famílias das crianças atendidas nas três unidades de ensino.

A análise dos dados relativos aos tipos de programas que beneficiam as famílias revela que, do total ($n = 108$) dos entrevistados, 73,1% e 12% registraram os programas Bolsa Escola e Renda Mínima, respectivamente. O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) beneficiava, na época da coleta de dados, apenas 3,7% das crianças.

Buscando identificar a existência de associação entre a situação socioeconômica da família e tipos de programas que as beneficiavam, elaborou-se a tabela 3. Note-se que somente 65 informações foram válidas para a análise e, portanto, os resultados devem ser analisados com o devido cuidado.

Tabela 3. Distribuição das crianças de acordo com os tipos de programas que beneficiam suas famílias e os estratos de recebimento familiar *per capita*. Piracicaba, 2003.

TIPOS DE PROGRAMAS	CRIANÇAS		ESTRATOS DE RECEBIMENTO (EM S. M.)					
			< 0,5		0,5 —1		≥ 1	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Renda Mínima	9	13,9	5	55,6 (10,4)	4	44,4 (26,7)	0	0 (0)
Bolsa Escola	48	73,9	38	79,2 (79,1)	10	20,8 (66,7)	0	0 (0)
Ticket	2	3,1	2	100 (4,2)	0	0 (0)	0	0 (0)
PETI (*)	3	4,6	3	100 (6,3)	0	0 (0)	0	0 (0)
Pensão (**)	1	1,5	0	0(0)	0	0 (0)	1	100 (50)
Bolsa Escola e PETI	1	1,5	0	0(0)	1	100 (6,6)	0	0 (0)
Bolsa Escola e Renda Cidadã	1	1,5	0	0(0)	0	0 (0)	1	100 (50)
Total	65	100	48	[73,9]	15	[23,1]	2	[3]

Obs.: análises elaboradas tendo em vista o número de observações válidas ($n = 65$). Os números entre colchetes são os percentuais em relação ao total observado na linha. Os números entre parênteses são os percentuais em relação à coluna.

$\chi^2 = 73,34$, com dois graus de liberdade, significativo a 1%.

$\chi^2 (mh) = 9,57$, com um grau de liberdade, significativo a 1%.

(*) peti = Programa de Erradicação do Trabalho Infantil.

(**) Pensão foi citada como programa pelo entrevistado.

Ao examinar a distribuição dos beneficiários dos programas de acordo com os estratos de renda (em salários mínimos), verifica-se que, de forma majoritária, os beneficiários pertencem aos dois primeiros estratos de renda, ou seja, os mais pobres.

Os dados da tabela 3 mostram que os programas beneficiavam, como é desejável, as famílias mais pobres. Apenas 3% do total das famílias beneficiárias pertenciam ao estrato de maior recebimento familiar *per capita*.

Cabe lembrar que diversos autores, entre eles Néri,⁶ têm destacado que o problema das políticas sociais brasileiras não é a carência de recursos ou a incapacidade de mobilizá-los. O autor enfatiza que "a maioria das políticas adotadas não tem como mira os mais pobres; aquelas que miram não acertam o alvo ou, quando acertam, não proporcionam efeitos duradouros em suas vidas".

Silva *et al.*,¹² analisando dados de amostra de 1.339 de alunos da rede pública de ensino de dez municípios brasileiros (das cinco regiões geográficas) relativos ao estado nutricional e ao acesso dos mesmos ou suas famílias aos programas públicos, destacaram que a maior prevalência de desnutrição crônica concentrava-se entre os alunos das escolas pertencentes aos municípios mais pobres. A frequência de consumo de merenda escolar revelou-se ligeiramente maior entre os escolares com menor idade. Quanto aos demais programas (renda mínima, vale-escola, cesta bá-

sica), o acesso dos escolares ou respectivas famílias pertencentes aos estratos de menor rendimento pode ser considerado pouco expressivo. É possível que a melhor focalização dos gastos públicos, ou seja, a reorientação dos mesmos para o atendimento, com prioridade, da população mais pobre, contribua para erradicar ou, ao menos, reduzir a pobreza de forma acentuada no país.

Nesta pesquisa, buscou-se, também, analisar as dificuldades enfrentadas pelas famílias para o acesso aos alimentos.

Os resultados indicaram que cerca de 55% dos integrantes das famílias registraram que as mães assumiam a responsabilidade pela compra de alimentos. Em seguida, aparece a proporção de 18,8% de citações que atribuíam ao pai a referida responsabilidade e percentual idêntico (18,8%) indica o binômio pai-mãe da criança como responsáveis pela aquisição de alimentos para o grupo familiar.

Foram elaborados, também, análises visando identificar a associação entre as dificuldades enfrentadas pelas famílias para a aquisição de alimentos e os estratos de rendimentos.

Foi identificada a proporção de famílias (47%) que enfrentavam dificuldades para a aquisição de alimentos, sendo que, destas, 42,6% possuíam renda familiar *per capita* inferior a 0,5 salário mínimo; 44,4%, entre 0,5 e um salário mínimo; e 13% maior ou igual a um salário mínimo. No entanto,

Quadro1. Número e percentual relativos à frequência de citações da compra de alimentos (selecionados). Piracicaba, 2003.

ALIMENTO	CITAÇÕES	FREQÜÊNCIA DE COMPRA											
		DIARIA-MENTE		1 A 3 VEZES/SEMANA		4 A 6 VEZES/SEMANA		QUINZENA-LMENTE		MENSAL-MENTE		NÃO COMPRA	
		N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Pão	182	115	63,2	45	24,7	9	4,9	5	2,7	4	2,2	4	2,2
Biscoito	150	2	1,3	22	14,7	7	4,7	40	26,7	56	37,3	23	15,3
Arroz	211	2	0,9	5	2,4	2	0,9	18	8,5	169	80,1	15	7,1
Batata/Mandioca	160	1	0,6	33	20,6	4	2,5	50	31,3	59	36,9	13	8,1
Pipoca	126	---	---	6	4,8	2	1,6	8	6,3	67	53,2	43	34,1
Macarrão	194	---	---	15	7,7	1	0,5	22	11,3	136	70,1	20	10,3
Farinha de trigo	172	---	---	5	2,9	3	1,7	13	7,6	120	69,8	31	18
Farinha de mandioca	165	1	0,6	4	2,4	3	1,8	9	5,5	92	55,8	56	33,9
Farinha de milho	153	---	---	2	1,3	4	2,6	7	4,6	73	47,7	67	43,8
Carnes	200	3	1,5	77	38,5	5	2,5	67	33,5	46	23	2	1
Frango	177	---	---	57	32,2	6	3,4	64	36,2	39	22	11	6,2
Peixe	122	---	---	9	7,4	---	---	19	15,6	24	19,7	70	57,4
Embutidos	158	---	---	4	2,5	---	---	10	6,3	18	11,4	126	79,7
Miúdos	150	---	---	2	1,3	1	0,7	6	4	15	10	126	84
Feijão	208	5	2,4	9	4,3	1	0,5	27	13	156	75	10	4,8
Ovos	185	7	3,8	26	14,1	2	1,1	81	43,8	65	35,1	4	2,2
Leite	208	43	20,7	19	9,1	1	0,5	38	18,3	95	45,7	12	5,8
Iogurte	165	4	2,4	24	14,5	2	1,2	41	24,8	57	34,5	37	22,4
Queijo	145	---	---	7	4,8	2	1,4	20	13,8	40	27,6	76	52,4
Verduras	172	11	6,4	84	48,8	4	2,3	48	27,9	22	12,8	3	1,7
Legumes	168	9	5,4	60	35,7	4	2,4	56	33,3	30	17,9	9	5,4
Cebola	196	8	4,1	41	20,9	5	2,6	75	38,3	61	31,1	6	3,1
Alho	186	12	6,5	29	15,6	4	2,2	47	25,3	82	44,1	12	6,5
Massa de tomate	186	---	---	15	8,1	6	3,2	34	18,3	115	61,8	16	8,6
Milho verde	157	---	---	3	1,9	7	4,5	14	8,9	65	41,4	68	43,3
Ervilha	165	---	---	3	1,8	3	1,8	17	10,3	61	37	81	49,1
Sardinha em lata	156	---	---	3	1,9	---	---	12	7,7	53	34	88	56,4
Margarina	188	7	3,7	12	6,4	1	0,5	37	19,7	103	54,8	28	14,9
Manteiga	165	2	1,2	9	5,5	2	1,2	16	9,7	65	39,4	71	43
Pó de café	202	4	2,	11	5,4	2	1	28	13,9	142	70,3	15	7,4
Refrigerante	162	19	11,7	55	34	7	4,3	7	16,7	29	17,9	25	15,4
Bebidas alcoólicas	164	---	---	5	3	---	---	4	2,4	9	5,5	146	89
Suco (em pó)	159	10	6,3	25	15,7	6	3,8	26	16,4	48	30,2	44	27,7
Doces	130	3	2,3	19	14,6	5	3,8	13	10	29	22,3	61	46,9
Balas/Chocolates	132	3	2,3	18	13,6	---	---	14	10,6	44	33,3	53	40,2
Açúcar	208	4	1,9	12	5,8	---	---	26	12,5	159	76,4	7	3,4
Óleo	210	5	2,4	10	4,8	---	---	21	10	160	76,2	14	6,7
Sal	206	5	2,4	7	3,4	---	---	16	7,8	161	78,2	17	8,3

os resultados dos testes não revelam a existência de associação estatística entre as variáveis *dificuldade para comprar alimentos* e *estratos de rendimento familiar*. Registra-se que 52,3% das famílias responderam que as dificuldades encontradas relacionam-se a problemas econômicos (falta de dinheiro e/ou preços elevados) e 63,6% destacaram problemas de acesso aos alimentos.

A seguir, é apresentado o quadro 1, que reúne citações relativas à compra de alimentos.

De forma geral, os dados do quadro 1 mostram 63,2% e 20,7% de citações relativas à aquisição diária de pão e leite, respectivamente. Merecem atenção, também, as citações (11,7%) referentes à compra diária de refrigerantes. Na situação inversa, ou seja, citações relativas à não aquisição de alimentos, chamam a atenção as citações referentes aos miúdos (84%), embutidos (79,7%), peixes (57,4%) e queijos (52,4%).

No que se refere à aquisição de legumes, observa-se que 35,7% dos entrevistados adquirem esse tipo de alimento de uma a três vezes por semana. Nota-se também que parcela similar adquire legumes somente a cada 15 dias (33,3%) e 17,9%, apenas uma vez por mês. Quanto à periodicidade de aquisição das verduras, pode-se inferir que são mais frequentes na dieta de aproximadamente 50% dos entrevistados, mas expressiva parcela somente adquire o alimento quinzenalmente (27,9%) e 12,8%, mensalmente. Embora nesta pesquisa não tenha sido identificada a quantidade de alimento adquirida pelas famílias, infere-se que ela seja pequena, considerando tratar-se de alimentos perecíveis e, ainda, o nível de renda das famílias que compõem a amostra.

Sanches,⁹ analisando os dados relativos a uma amostra de escolares da rede pública de ensino de Piracicaba, mostrou que 27,8% das famílias das crianças declararam manter o hábito de consumir hortaliças seis ou mais vezes por semana e, também, que o maior percentual de citações (40,7%) foi observado quando se considerou o grupo de mães com maior escolaridade. Associação positiva foi verificada pelo referido autor entre as variáveis frequência de consumo de hortaliças e o rendimento familiar *per capita*.

Os dados e análises obtidos por meio da pesquisa de Sanches reforçam a importância da implementação de estratégias visando à ampliação das possibilidades de acesso à aquisição de hortaliças e frutas, especialmente pelos grupos que residem em regiões distantes dos centros de comercialização e que, invariavelmente, pertencem aos estratos de menor renda familiar.

CONCLUSÕES

Foi possível verificar, neste trabalho, a coexistência, entre as crianças que integram a amostra, da prevalência de *déficits* de altura e de *sobrepeso/obesidade*.

É indiscutível a importância da adoção de estratégias de curto prazo visando à eliminação dos referidos problemas de saúde pública. Especificamente no caso do *sobrepeso/obesidade*, a utilização do ambiente da escola e/ou creche poderia constituir recurso valioso para a consolidação de programas rotineiros de educação nutricional e atividade física. Estratégias que aproximassem as ações implementadas por professores, monitores e gestores dos programas de alimentação escolar deveriam ser adotadas de imediato, tendo em vista que demandam verbas relativamente reduzidas e, portanto, sustentáveis por recursos públicos.

Quanto ao acesso das famílias aos programas sociais, foi observado que eles têm beneficiado os grupamentos mais pobres da população. No entanto, os dados mostram que o contingente de atendidos é relativamente pequeno.

A intensificação do comércio de alimentos, por meio da criação de *varejões* na periferia da cidade – situação dos bairros que integram a pesquisa –, contribuirá de forma decisiva para a ampliação da variedade de alimentos, especialmente hortaliças e frutas, disponíveis para a população. Além disso, espera-se que ocorra uma melhoria na relação entre comerciantes, produtores e consumidores. O crescimento dos rendimentos das famílias obviamente desempenharia papel crucial na modulação do acesso aos alimentos, particularmente no caso de frutas e hortaliças, que exercem função decisiva na dieta dos indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto de Pesquisas em Economia Aplicada (IPEA). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Citado em 2003 Nov 20. Disponível em URL: < <http://www.ipea.gov.br>> .
2. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. EPINFO Revision 6: A Word processing, database and statistics program for epidemiology for microcomputers 1994; Center for Disease Control & Prevention, Atlanta, Georgia, USA; 1994.
3. Hoffmann R. Pobreza, insegurança alimentar e desnutrição no Brasil. *Est Avan* 1995;9 (24):159-72.
4. Monteiro CA. Dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. *Est Avan* 2003;17 (48):7-20.
5. Monteiro CA, Conde WL, Castro IFR. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cad. Saúde Públ* 2003;19 Supl 1:67-75.
6. Neri M. Focalização, universalização e transferências sociais. *Econôm* 2003;5 (1):135-44.
7. Ometto AMH, Silva MV, Furtoso MCC, Cetterer M, Pipitone MAP, Sturion GL. O Estado Nutricional de Crianças Brasileiras: o efeito de programas de suplementação alimentar, saúde e saneamento básico. *Saúde em Rev* 1999;1 (2):33-41.
8. Pessanha L. Segurança alimentar como um princípio orientador de políticas públicas: implicações e conexões para o caso brasileiro [Tese]. Rio de Janeiro: CPDA/UFRJ; 1998.
9. Sanches M. Hortaliças: consumo e preferências de escolares [Dissertação]. Piracicaba: Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz; 2003.
10. Sawaya AL, Roberts S. Stunting and a future risk of obesity: principal physiological mechanisms. *Cad. Saúde Públ* 2003;19 Supl 1:S21-8.
11. Silva MV, Ferratore VA, Terezani OL. Avaliação antropométrica de escolares. *Saúde em Revista* 1999; 1 (2):43-51.
12. Silva MV, Sturion GL, Ometto AMH, Pipitone MAP, Furtoso MCC. Estado nutricional de escolares e seu acesso a programas sociais em dez municípios brasileiros. *Nutrire* 2002;23:33-53.

Submetido: 10 maio 2004

Aprovado: 7 jul. 2004

Consumo Alimentar de Famílias de Baixa Renda no Município de Piracicaba/SP

Food Intake in Low Income Families in Piracicaba/SP

RESUMO O conceito de segurança alimentar e nutricional (SAN) pressupõe, mais que equacionar o problema da fome, garantir a todos as condições de acesso a alimentos básicos de qualidade em quantidade suficiente, com base em práticas alimentares saudáveis. No município de Piracicaba, uma das ações prioritizadas na implantação do programa de SAN foi o diagnóstico alimentar e nutricional de grupos populacionais carentes. Nesse sentido, a presente pesquisa teve por objetivo caracterizar o perfil socioeconômico e o consumo alimentar da população de um dos bairros da região mais carente do município. Inquéritos dietéticos e socioeconômicos foram realizados junto à população do Parque dos Sabiás, contemplando 105 famílias (466 indivíduos). Constatou-se que a população do estudo apresenta baixa renda, baixa escolaridade e consumo alimentar qualitativa e quantitativamente inadequado. Para reverter esse quadro, são necessárias, dentre outras, políticas públicas de abastecimento, geração de emprego e renda e educação para o consumo alimentar, visando um maior equilíbrio entre a oferta e a procura dos produtos alimentícios.

Palavras-chave SEGURANÇA ALIMENTAR – CONSUMO DE ALIMENTOS – DIETA – ECONOMIA.

ABSTRACT More than equating the food problem, the concept of Food and Nutritional Security (SAN) supposes the access of all people to good basic food, in enough quantity, and based in healthy food practices. In Piracicaba (SP, Brazil), one of the main actions to establish a food and nutritional security program was the food and nutritional diagnosis of the poorer groups. In that sense, the present research aimed at characterizing the population's socioeconomic profile and the food consumption in one of the most destitute neighborhoods of the city. A dietetic and socioeconomic survey was made in Parque dos Sabiás, with a sample of 105 families (466 people). Results showed that this population had low income, low school level and inadequate food habits. To revert this situation, food supply, employment and income government policies, as well as educational actions on food consumption are essential.

Keywords FOOD SECURITY – FOOD CONSUMPTION – DIET – ECONOMY.

DENISE GIACOMO DA MOTTA*
Curso de Nutrição – Faculdade de Ciências da Saúde (UNIMEP/SP)

MARIA THEREZA MIGUEL PERES
Curso de Economia – Faculdade de Gestão e Negócios (UNIMEP/SP)

MARIA LUISA M. CALÇADA
Curso de Bioestatística – Faculdade de Ciências Matemáticas, da Natureza e Tecnologia da Informação (UNIMEP/SP)

CARLA MARIA VIEIRA
Curso de Nutrição – Faculdade de Ciências da Saúde (UNIMEP/SP)

ANA PAULA WOLF TASCA
Curso de Nutrição – Faculdade de Ciências da Saúde (UNIMEP/SP)

CAROLINA PASSARELLI
Curso de Nutrição – Faculdade de Ciências da Saúde (UNIMEP/SP)

*Correspondências: Rod. do Açúcar, km 156, FACIS, 13400-911, Piracicaba/SP

dgmotta@unimep.br

INTRODUÇÃO

Este trabalho faz parte de um estudo maior, articulado numa parceria multidisciplinar, e teve como objetivo identificar e analisar a influência socioeconômica no consumo alimentar de famílias que vivem no bairro Parque dos Sabiás, do município de Piracicaba/SP, a fim de colaborar para o desenvolvimento do Programa Municipal de Segurança Alimentar.*

O município de Piracicaba, assim como a maioria dos municípios brasileiros, enfrentou e vem enfrentando vários problemas sociais decorrentes do crescimento urbano-industrial, que estimulou a migração e a transferência da população rural para a cidade, com sérias conseqüências tanto para aquelas famílias que permaneceram na área rural como para parte da população que passou a viver na área urbana. Piracicaba atualmente tem uma população de 329.158 habitantes. A área urbana concentra 96,42% dessa população, enquanto 3,58% vivem na área rural, correspondendo a 317.374 e 11.784 pessoas, respectivamente.¹ Do ponto de vista econômico, o município tornou-se um importante pólo regional de desenvolvimento industrial e agrícola, localizado em uma das regiões mais industrializadas e produtivas de todo o estado.

A tradição canavieira de Piracicaba possibilitou o acúmulo de conhecimento e desenvolvimento tecnológico suficientes para fortalecer a importância do setor sucroalcooleiro e metal-mecânico não só para o município, como para o Brasil. Não só é significativa a produção de cana-de-açúcar como a presença de indústrias de máquinas pesadas e equipamentos para a agricultura e a construção civil, com certificação de qualidade.¹³

O processo de modernização das atividades econômicas em Piracicaba, entretanto, trouxe consigo problemas sociais que se avolumam em escala crescente, mobilizando a administração pública, instituições e elites da sociedade local a buscar soluções que possam, pelo menos, minimizar os efeitos da pobreza e da exclusão social sobre as condições de vida de várias famílias. É claro que tal processo de modernização se encontra integrado, também, no circuito econômico nacional,

que influencia o dinamismo das atividades produtivas locais. Em 1970, já pôde ser constatado que cerca de oito mil famílias, ou seja, 29% da população de Piracicaba, dependiam das entidades assistenciais.¹⁵

Partindo do pressuposto de que o nível da renda é um dos aspectos que provocam insuficiência alimentar, é oportuno um breve comentário sobre a o mercado de trabalho de Piracicaba nas décadas mais recentes para, posteriormente, comentarmos a pesquisa realizada junto a 105 famílias do bairro Parque dos Sabiás.

BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O MERCADO DE TRABALHO DE PIRACICABA

Nas décadas de 1980/90, o crescimento econômico do município de Piracicaba não foi diferente do comportamento geral da economia brasileira. Nos anos 90, o desemprego e a insuficiência de renda foram decorrentes das baixas taxas de crescimento da atividade econômica que, mesmo diante de algumas oscilações mais positivas, diminuíram a oferta de postos de trabalho.

O Produto Interno Bruto (PIB) é um indicador importante do nível de atividade de toda a economia. A partir da década de 1990, o Brasil vem enfrentando uma das piores crises econômicas da sua história, demonstrando, pelo comportamento do PIB, a impossibilidade de manutenção de taxas de crescimento econômico regular. No âmbito regional, os estudos chamam atenção para a região Sudeste, que, mesmo sendo o principal pólo industrial do país, vem mudando sua participação relativa em termos da ocupação de mão-de-obra no cenário industrial nacional. No ano de 1992, a região Sudeste tinha 58,2% da ocupação total no setor industrial. Em 1999, sua participação relativa caiu para 55,4%. Percebe-se, portanto, que os impactos do desenvolvimento da economia brasileira têm sido prejudiciais também para as cidades e regiões que se destacam pelo dinamismo industrial.¹⁴

Reportando-nos a Piracicaba, verifica-se que, ao crescimento econômico da década de 80, sucedeu-se a recessão de 1990/1992, seguida por período de recuperação (1994) que, entretanto, não se manteve, caindo em 1995 e 1996, aproxi-

*Projeto Perfil do consumo alimentar em Piracicaba: subsídios para uma política de segurança alimentar, financiado pelo Fundo de Apoio à Pesquisa - FAP/UNIMEP.

mando-se do resultado dos anos iniciais da década de 1990.¹³

Em relação ao mercado de trabalho, o emprego também acompanhou os períodos de crescimento e recessão nacional. Os setores que mais empregam no município de Piracicaba são o da indústria de transformação e o de serviços. Na avaliação do Sindicato dos Metalúrgicos de Piracicaba, nos anos de 1990, o mercado de trabalho em Piracicaba registrou um número considerável de desemprego, não só em decorrência do cenário político-econômico nacional, mas também devido à conjuntura desfavorável enfrentada pelo setor produtor de açúcar e álcool de Piracicaba e região. Sem poder contar com a regulamentação estatal, o próprio setor e as empresas originárias da expansão canavieira-açucareira no município buscaram se ajustar ao novo ambiente institucional diversificando ou retraindo sua produção.¹³

Pesquisa realizada a partir de dados do *Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil* pela especialista em economia social e do trabalho da Unicamp Carmem Siqueira Ribeiro dos Santos Nogueira constatou que a década de 1990 registrou, para o município, um aumento de 2% no seu percentual de pobreza. A renda *per capita* média era de R\$ 371 em 1992 e foi elevada para R\$ 455,87 em 2000. Os 10% mais ricos de Piracicaba tiveram suas rendas aumentadas de R\$ 1.469,49 para R\$ 1.928,11, enquanto a renda da população mais pobre sofreu queda de R\$ 80,65 para R\$ 71,56. É possível concluir que houve um processo de concentração de renda, já que aumentaram a renda e a pobreza, ao mesmo tempo, incrementando, conseqüentemente, os problemas sociais e a pressão política sobre a administração pública local (*Jornal de Piracicaba*, 9/11/2003). Conhecendo-se a íntima relação entre condições socioeconômicas e segurança alimentar e nutricional, justifica-se o interesse do poder público e de setores específicos da sociedade, como as universidades, em diagnosticar a situação alimentar e nutricional da população, identificando grupos de risco e subsidiando ações sociais e políticas que sejam capazes de enfrentar o problema.

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Segundo estimativas da FAO, a disponibilidade de alimentos no Brasil equivale a 2.960 kcal/pessoa/dia, o que representa superioridade de aproximadamente 55% em relação ao mínimo

recomendado para adultos, ou seja, 1.900 kcal/pessoa/dia.⁷ Porém, essa estimativa está relacionada à produção total de alimentos, o que demonstra que a problemática da fome reside na falta de renda necessária para possibilitar a aquisição dos alimentos básicos em qualidade e em quantidade adequadas, suficientes e permanentes para a população.

Além da má distribuição da renda, outro problema acerca do combate à fome é a sistemática adoção de políticas compensatórias, fragmentadas em ações nem sempre integradas para enfrentá-la e sem resolução dos problemas estruturais do país. Ao histórico das práticas assistencialistas geradoras de dependência e clientelismo, amplamente conhecido e criticado,⁴ contrapõem-se propostas atuais de políticas públicas de caráter estrutural, desenvolvidas paralelamente aos programas emergenciais de transferência de renda e de suplementação alimentar voltados para o atendimento imediato de grupos em condições adversas do ponto de vista social e de saúde.³

Atualmente, segundo o relatório *A Situação da População Mundial – 2002*, apresentado pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil apresenta 40 milhões de pessoas pobres.^{5, 10}

Os problemas nutricionais, entretanto, dizem respeito também à qualidade do consumo alimentar e da organização da dieta. Atingem toda a população, tendo em vista que as doenças de maior prevalência em nossa sociedade têm fortes ligações, na sua etiologia, com o comportamento alimentar e com os hábitos de vida, dentre outros fatores.^{12, 16, 17} Não apenas a desnutrição e outras doenças carenciais, como também os excessos e inadequações do consumo alimentar constituem manifestações da ausência de segurança alimentar e nutricional.

O conceito de transição nutricional, sugerido por vários autores, diz respeito às mudanças nos padrões nutricionais das populações, com diminuição na prevalência da desnutrição e aumento crescente e surpreendente da obesidade. Segundo Monteiro,¹¹ a prevalência da desnutrição em crianças brasileiras menores de cinco anos de idade apresentou uma queda significativa, com índices variando de 20,1% para 5,6%, em aproximadamente vinte anos. Na população adulta, porém, observou-se uma outra tendência, a do aumento da obesidade, que, em 1974/75, apresentava a

prevalência de 5,9%, elevando-se para 13,3% em 1989, entre as mulheres, e de 3,1% para 8,2%, entre os homens.

As origens da chamada transição nutricional estão fortemente ligadas às mudanças nos padrões de consumo de alimentos, mas também a modificações de ordem epidemiológica, como o aumento da população mais idosa, diminuição do número de filhos etc. Associados a isso, fatores sociais, econômicos e culturais estão presentes, destacando-se o novo papel feminino na sociedade e sua inserção no mercado de trabalho, a concentração das populações no meio urbano e a diminuição do esforço físico e, conseqüentemente, do gasto energético, tanto no trabalho como nas rotinas da vida diária, assim como a crescente industrialização dos alimentos. Alterações fisiológicas típicas do processo de adaptação à desnutrição, que determinam o comprometimento do crescimento e a redução do gasto energético, também parecem condicionar a evolução da desnutrição para a obesidade.

No município de Piracicaba, a problemática da segurança alimentar e nutricional constitui um dos eixos de articulação política do atual governo, tendo merecido ações da área social antes mesmo da implantação do programa Fome Zero.^{6, 9} Entre as primeiras ações do Programa de Segurança Alimentar, implementadas a partir de junho de 2002, desenvolveram-se estudos com o objetivo de caracterizar o consumo alimentar da população e seus condicionantes socioeconômicos, identificando subsídios para ações de intervenção e a elaboração de políticas municipais de segurança alimentar e nutricional.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

O município de Piracicaba possui aproximadamente 64 bairros. Entre as famílias desses bairros, destacam-se 4.792 sem nenhum rendimento mensal, o que corresponde a 5,24% do total de domicílios. A maior parte dessas famílias está concentrada na região noroeste da cidade, especialmente nos bairros Vila Cristina e Novo Horizonte. Neles vivem 5.514 famílias, sendo que 10,23% sobrevivem sem rendimento e uma parcela significativa recebe até um salário mínimo (R\$ 260,00) por mês. O bairro Parque dos Sábios, planejado pelo município para acolher famílias de áreas de risco, encontra-se na região do bairro Novo Horizonte e foi eleito pelo Comitê

Gestor de Segurança Alimentar do município de Piracicaba para o desenvolvimento de ações de caráter experimental, dentro do processo de implantação do programa intersetorial. A população do estudo foi constituída por 105 famílias, correspondendo a 466 indivíduos (80% do universo populacional do bairro).

METODOLOGIA

Os dados foram obtidos mediante realização, em entrevistas domiciliares, de inquérito sobre hábitos alimentares (recordatório alimentar de 24 horas da família e frequência de compra de alimentos) e levantamento socioeconômico. As entrevistas foram precedidas pela leitura e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido e tiveram a duração média de 40 minutos.

O levantamento socioeconômico e de hábitos alimentares e o inquérito de frequência de compra de alimentos basearam-se na metodologia dos estudos de Galeazzi *et al.*⁶ e foram complementados pelo recordatório alimentar de 24 horas das famílias. A análise qualitativa desse recordatório permitiu a identificação do padrão alimentar habitual da população, a partir da análise da frequência de citações dos alimentos. O cálculo nutricional da dieta foi realizado por meio do Programa de Apoio à Nutrição, versão 2.5 (CISEPM). Os valores nutricionais obtidos foram comparados às recomendações (DRIS) do *Institute of Medicine* da *National Academy of Sciences*.⁸

As análises concomitantes envolvendo dados socioeconômicos e de consumo alimentar foram realizadas por meio de adoção de testes específicos para verificar a existência de associação entre as variáveis, bem como o nível de significância estatística. Essa análise foi realizada com auxílio do *software* estatístico SAS, tendo sido realizados testes de correlação, teste *exato de Fisher*, qui-quadrado e gráficos de dispersão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O universo da pesquisa, constituído por 105 famílias, correspondeu ao total de 466 indivíduos, o que indica um tamanho médio de 4,5 pessoas por família. Observou-se similaridade na composição populacional segundo os gêneros, bem como na proporção de indivíduos menores e maiores de 19 anos.

As residências, na maioria dos casos, eram construídas em alvenaria incompleta (64,76%). O serviço de saneamento básico oferecido à população apresentava boas condições, pois todas as famílias contavam com esgoto encanado em suas residências e apenas uma residência não possuía água encanada.

No contexto da pesquisa, definiu-se como *chefe* o membro da família responsável pelo sustento e sobrevivência familiar, o que, em 49,5% dos casos, coincidiu com a figura paterna. Em 11 residências (10,48%), a figura do *chefe da família*, pelo critério adotado, não existia, sendo, em nove dos casos, pelo fato de a família não ter renda alguma, sobrevivendo apenas com doações. Verificou-se, ainda, que o homem era o detentor da maior renda dentro das famílias. Em algumas residências, as informações obtidas foram insuficientes para se definir essa questão. Dentro da amostra representada pelas famílias com responsáveis presentes e identificados (n = 80), caracterizaram-se a ocupação e a origem dos referidos chefes. A maior parte deles (55, o equivalente a 68,75%) teve a ocupação classificada dentro da categoria *serviços gerais*, seguida por aqueles cuja ocupação situava-se na *construção civil* (20 casos, equivalentes a 25%). Apenas 5% (n = 4) dos chefes desenvolviam atividades na *indústria* e somente um chefe de família (1,25%) trabalhava no *comércio*; a categoria *agricultura* não recebeu nenhuma citação. Quanto à origem, verificou-se que, na maioria dos casos, os chefes das famílias não eram naturais do município de Piracicaba (origem verificada em 28,75% dos casos) nem de outras cidades do estado de São Paulo (7,5%), mas de outros estados da federação (63,75%). Esses dados reforçam a hipótese anteriormente afirmada de que, no município, problemas sociais decorrem do crescimento urbano-industrial que estimulou a migração, dentre outros fatores.

Avaliando-se a situação da população no mercado de trabalho, observou-se que, dos 193 adultos (homens e mulheres com idade acima de 18 anos, das 91 famílias em que foi possível avaliar os aspectos de ocupação e renda), 124 estavam empregados ou tinham ocupação remunerada (64,2%). Desses, 68 tinham carteira assinada (54,84%), caracterizando trabalho formal; os 56 trabalhadores restantes (45,16%) não tinham registro em carteira de trabalho, correspondendo àqueles com ocupação informal. Esses dados demonstram que a situação dos moradores do Par-

que dos Sabiás no mercado de trabalho se diferencia um pouco da realidade nacional, não sendo, entretanto, exceção a ela.

Avaliando-se a distribuição das famílias (n = 80) conforme a renda dos chefes, bem como a renda familiar (expressas em unidades de salários mínimos, como proposto por Chaim e Teixeira),² verificou-se que, nos dois casos, há um predomínio da classe de renda três (que vai de um a dois salários mínimos), sendo 48,75% dos chefes e 37,37% das famílias classificados nessa categoria. Dado que merece destaque é a ocorrência de 10,99% das famílias com renda inferior a 0,5 salário mínimo (ou seja, sobrevivendo com até R\$ 100,00 por mês), além de nove famílias que não possuíam renda alguma e sobreviviam apenas com doações, das quais apenas uma recebia o auxílio do programa Bolsa Escola (o equivalente a R\$ 45,00, por ter três crianças na escola). Analisando a renda *per capita*, verificou-se que a maioria dos indivíduos da população do estudo (62,64%) sobrevivia com renda compreendida na faixa de até 0,49 salário mínimo. Os demais, 27,47% e 9,89% respectivamente, sobreviviam com rendas *per capita* nas faixas de 0,50 a 0,99 e um a três salários mínimos.

A escolaridade é outro importante indicador do perfil socioeconômico de uma população, fortemente relacionado com as questões de saúde e nutrição. Na população em estudo, verificou-se que 15% de chefes de família não haviam cursado nenhum ano escolar. A metade dos chefes de família referiu ter cursado até quatro anos escolares e 30%, cinco anos escolares ou mais. A distribuição da escolaridade materna apresentou-se próxima dos índices de escolaridade dos chefes, ou seja, com predomínio da categoria até quatro anos escolares cursados, mas com um índice de analfabetismo superior (23,81%).

As políticas compensatórias do governo federal que beneficiavam moradores do bairro Parque dos Sabiás na época do estudo eram os programas de transferência da renda (Bolsa Escola e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI), o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), o Viva Leite, o Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN) e a distribuição de cestas básicas. O programa Bolsa Escola consistia em uma transferência de renda de R\$ 15,00 por criança que estivesse frequentando a escola, auxiliando até três crianças por família (equivalendo a R\$ 45,00). O Programa de Erradicação

do Trabalho Infantil (PETI) previa uma ajuda financeira de R\$ 45,00, mais o passe para o transporte público, para as crianças que até então trabalhavam poderem freqüentar a escola. Os benefícios oferecidos pelo Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) variavam entre distribuição de cestas básicas e/ou *ticket* de alimentação e/ou refeições, podendo ou não ser descontados (integral ou parcialmente) do salário do trabalhador.

A distribuição de leite em pó era o benefício oferecido pelo programa Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN), que contempla crianças desnutridas de até 36 meses; a distribuição de leite fluido era feita por meio do programa Viva Leite; e a distribuição de cestas básicas, oferecida como auxílio para a população excluída do mercado de compra.

No bairro, identificaram-se 22 famílias assistidas por programas de transferência de renda (aproximadamente 20% do total das famílias do estudo), sendo 21 pelo Bolsa Escola e uma pelo Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI). Pelo PAT, eram beneficiadas 50 famílias (48,3% do total das famílias do estudo). A distribuição exclusiva da cesta básica contemplava metade dos trabalhadores atendidos pelo PAT; a distribuição de cesta básica e de refeição beneficiava 12% dos trabalhadores; o recebimento dos três benefícios do PAT (cesta básica, refeição e *ticket* alimentação) ocorreu com apenas um trabalhador. O trabalhador beneficiado pelo PAT era, na maioria dos casos, o pai de família (52%); seguido pela mãe, em 26% dos casos; e por outros membros das famílias (22%).

Algumas famílias (n = 20, ou seja, 19% do total do estudo) eram beneficiadas pelos programas Viva Leite ou ICCN e pela doação de cestas básicas distribuídas pela Pastoral da Criança ou pela Prefeitura. Dessas 20 famílias, nove recebiam cestas básicas, seis, o benefício do programa Viva Leite (das quais duas ganhavam, também, cesta básica) e quatro eram beneficiadas pelo programa ICCN (sendo que três delas também recebiam cesta básica). Uma das famílias ganhava apenas o benefício do ICCN (leite em pó).

Quanto à alimentação escolar, 103 dos 110 menores (zero a 18 anos) do bairro recebiam esse benefício por meio da freqüência à creche, pré-escola ou escola de ensino fundamental. Desses

103 menores, 18 freqüentavam a creche, 23, a pré-escola e 62, a escola de ensino fundamental. Em todos os casos, a alimentação oferecida pelo equipamento social não é disponível no período das férias escolares.

A avaliação qualitativa do consumo alimentar das famílias, realizada pela freqüência de citações de alimentos, demonstrou que estavam presentes na alimentação diária de mais de 50% das famílias do estudo alimentos predominantemente energéticos: açúcar (99,5%), óleo (99,5%), arroz (95,4%), feijão (90,48%), café (78,10%) e pão (62,86%). Alimentos protéicos, além do feijão (leite, carnes e ovos), foram mencionados em cerca de 25 a 40% dos casos. A grande maioria dos alimentos reguladores esteve incluída na alimentação diária de menos de 10% das famílias (exceto alface, presente em 23% dos casos). Dentre esses, as frutas obtiveram número de citações inferior às hortaliças. Já a avaliação quantitativa da dieta, cujos valores são apresentados nas tabelas 1 e 2, demonstra equilíbrio na distribuição dos macronutrientes, possível deficiência energética, adequação protéica e inadequações nos micronutrientes avaliados, especialmente cálcio e vitamina C.

Tabela 1. Quantidade e distribuição percentual dos macronutrientes da dieta. Parque dos Sabiás, Pracicaba/SP, 2002.

NUTRIENTES	GRAMAS (g)	ENERGIA (kcal)	PORCENTAGEM (%)
Carboidratos	242,44	969,76	58,64
Proteínas	58,18	232,72	14,07
Lipídios	50,15	451,35	27,29
Total	-	1.653,83	100

Tabela 2. Adequação nutricional da dieta. Parque dos Sabiás, Pracicaba/SP, 2002.

NUTRIENTES	VALORES MÉDIOS OBTIDOS	VALORES MÉDIOS RECOMENDADOS (IOM, 2002)	% DE ADEQUAÇÃO
Proteínas (g)	58,18	40,03	145,34
Vit. A (mcg)	475,25	675,47	70,36
Vit. C (mg)	23,13	61,88	37,38
Cálcio (mg)	233,67	992,17	23,55
Ferro (mg)	8,53	11,05	77,19

Tabela 3. Composição nutricional da dieta avaliada e renda *per capita*. Parque dos Sabiás, Piracicaba/SP, 2002.

RENDA PER CAPITA	COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL DA DIETA AVALIADA			
	ENERGIA (kcal)	PROTEÍNAS (g)	LIPÍDIOS (g)	CARBOIDRATOS (g)
(S.M.)				
Até 0,49	1.524,24	55,87	50,74	216,67
0,50 a 0,99	2.063,07	61,86	60,95	314,71
1,00 a 3,00	2.208,15	70,66	75,22	312,90

p > 0,01.**Tabela 4.** Composição nutricional da dieta avaliada e escolaridade materna. Parque dos Sabiás, Piracicaba/SP, 2002.

ESC. MATERNA (ANOS CURSADOS)	COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL DA DIETA AVALIADA			
	ENERGIA (kcal)	PROTEÍNAS (g)	LIPÍDIOS (g)	CARBOIDRATOS (g)
Nenhum ano	2.048,78	80,17	74,03	284,34
Até quatro anos	1.518,32	43,68	47,25	228,78
Cinco ou + anos	1.971,41	79,03	60,04	288,14

p > 0,01.**Tabela 5.** Distribuição das famílias segundo medianas do total energético da dieta e escolaridade materna. Parque dos Sabiás, Piracicaba/SP, 2002.

ESCOLARIDADE MATERNA	ENERGIA					
	< 1506,23 kcal		> 1506,23 kcal		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
< 4 anos	29	54,7	26	50	55	52,4
4 anos e +	24	45,3	26	50	50	47,6
Total	53	100	52	100	105	100

Qui-quadrado: ns

A análise dos aspectos socioeconômicos (renda e escolaridade materna, como proposto por Monteiro, Benício e Freitas)¹² e sua relação com o consumo alimentar permitiram observar que, na população do estudo, a variação dos primeiros não influenciou de forma significativa no consumo alimentar, do ponto de vista estatístico (tab. 3, 4 e 5). Correlação só foi obtida, no nível de significância de 1%, entre as medianas da renda familiar *per capita* e do total energético da dieta (tab. 6).

Tabela 6. Distribuição das famílias segundo medianas do total energético da dieta e renda familiar *per capita*. Parque dos Sabiás, Piracicaba/SP, 2002.

RENDA PER CAPITA	ENERGIA					
	< 1506,23 kcal		> 1506,23 kcal		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
R\$ 80,00	32	68,1	14	32,5	46	51,1
> R\$ 80,00	15	31,9	29	67,4	44	48,9
Total	47	100	43	100	90	100

Qui-quadrado: significativo (p < 0,01).

A leitura dos dados descritivos do consumo alimentar e da caracterização socioeconômica da população do Parque dos Sabiás e as análises estatísticas realizadas sugerem ser essa uma população homogênea quanto às variáveis estudadas. O baixo poder aquisitivo condiciona um padrão de consumo alimentar pouco variado, que dá prioridade ao atendimento das necessidades energéticas e protéicas, comprometendo o atendimento das necessidades de micronutrientes.

A insegurança alimentar e nutricional, portanto, se faz presente nesse bairro do município de Piracicaba, fruto de problemas decorrentes do modelo econômico que não têm poupado as cidades do interior do país e que merecem ações políticas e sociais abrangentes, intersetoriais.

CONCLUSÃO

O padrão de consumo alimentar verificado no estudo – que privilegia o consumo de alimentos fontes, principalmente, de energia (cereais e adicionais energéticos, como açúcar e óleo) em detrimento dos demais alimentos –, significativamente homogêneo, tem entre seus determinantes a baixa renda da população. Outros fatores certamente também interferem, como a cultura alimentar da população; a distância do bairro do centro urbano de Piracicaba; os elevados custos dos produtos; e a insuficiente abrangência dos programas compensatórios, dentre outros fatores. Entretanto, somente o aumento da renda não solucionará os problemas dessa população. Com o aumento da renda, podem ser adquiridos alimentos em maior quantidade, porém não necessariamente com melhor qualidade. Em consequência do aumento quantitativo não acompanhado da adequação qualitativa, podem aparecer quadros de obesidade e de doen-

ças crônicas não transmissíveis que, como visto, estão aumentando no decorrer dos anos.

O Programa de Segurança Alimentar do Município de Piracicaba visa justamente garantir o acesso das famílias carentes aos alimentos, tanto do ponto de vista qualitativo quanto quantitativo. Para atingir essa meta, a política de segurança alimentar deverá atuar em diversas frentes:

geração de trabalho e renda, produção e distribuição de alimentos e educação para o consumo alimentar, em paralelo às necessárias ações emergenciais. O resultado esperado é a busca de um equilíbrio entre a oferta e a procura dos produtos alimentícios, com efeitos positivos na promoção da saúde e da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Disponível em URL: < www.ibge.gov.br > .
2. Chaim NA, Teixeira PHR. Caracterização da estrutura de consumo de alimentos na pesquisa "Inquérito de Consumo Alimentar de Campinas". Cad Debate; 1996;IV:47-65.
3. Conselho Nacional de Segurança Alimentar. II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; 2004 mar; Olinda; 2004.
4. Feliciello D, Garcia FWD. Cidadania e solidariedade: as ações contra a miséria. In: Galeazzi MAM. Segurança alimentar e cidadania: a contribuição das universidades paulistas. Campinas: Mercado de Letras; 1996.
5. Galeazzi MAM, Borvino H, Lourenço F, Vianna FPT. Inquérito de consumo familiar de alimentos: metodologia para identificação de famílias de risco alimentar. Cad Debate; 1996;IV:32-46.
6. Galeazzi MAM. Segurança alimentar e cidadania: a contribuição das universidades paulistas. Campinas: Mercado de Letras; 1996.
7. Galeazzi MAM, Marchesich R, Siano R. Nutrition country profile of Brazil (ESNA – FAO, 2001). In: Anais do Seminário Internacional Políticas de Segurança Alimentar, Combate à Fome e à Pobreza Rural: a segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação no Brasil. Campinas: Unicamp; 2002.
8. IOM (Institute of Medicine). Dietary reference intakes for energy, carbohydrates, fiber, fat, protein and amino acids (macronutrients). Washington: National Academy Press; 2002.
9. Machado J, Silva CODPM. Plano plurianual de assistência social. Piracicaba: Prefeitura Municipal; 2001.
10. Martins L. Fome no Brasil ainda preocupa, apesar dos avanços, diz a ONU. O Estado de São Paulo 2002 dez 3; [citado 2003 jan 14]. Disponível em URL: < <http://www.estadao.com.br/agestado/noticias/2002/dez/03/281.htm> > .
11. Monteiro CA. Evolução do perfil nutricional da população brasileira. In: Monteiro CA. Nutrição em saúde coletiva: tendências e desafios. Rio de Janeiro: Informe Epidemiológico de Saúde; 1999.
12. Monteiro CA, Benício MHD, Freitas ICM. Evolução da mortalidade infantil e de retardo do crescimento nos anos 90: causas e impacto sobre desigualdades regionais. In: Monteiro CA, org. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. 2.^a ed. São Paulo: Hucitec-NUPENS/USP; 2000.
13. Peres MTM, Dainez VI. O emprego na indústria metal-mecânica de Piracicaba sob o Plano Real. Piracicaba: Unimep/Unitrabalho; 2000 [Mimeo].
14. Pochmann, M. A década dos mitos. São Paulo: Contexto; 2001.
15. Scarfon, ML. Crescimento e miséria. São Paulo: Símbolo; 1979.
16. Silva JR, Sinézio I. Economia e nutrição. In: Dutra-de-Oliveira JE, Marchini JS. Ciências nutricionais. São Paulo: Sarvier; 2000.
17. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: WHO/FAO; 2002.

Submetido: 10 maio 2004

Aprovado: 7 jul. 2004

Aceitabilidade da Alimentação Escolar no Ensino Público Fundamental

Acceptability of the School Meal Program in the Elementary Public Schools

RESUMO O presente trabalho avaliou a aceitabilidade da alimentação escolar de escolas públicas de ensino fundamental de Piracicaba/SP beneficiadas pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar. Foi feito um estudo transversal com 12 escolas (25% dos alunos matriculados em 2002), tendo sido calculados os índices de aceitação, adesão e rejeição da alimentação oferecida. Para investigar os motivos da adesão ou não à alimentação, foi aplicado um questionário a 480 escolares. Verificou-se que a aceitabilidade é regular. Embora os resultados mostrem uma aceitação alta para algumas preparações (acima de 90%), a adesão é baixa: em média, 81% e 53% dos escolares não aderem às refeições nos horários da entrada e do intervalo, respectivamente. O índice de rejeição encontra-se dentro dos valores esperados. O motivo principal da não adesão à merenda, segundo os escolares, foi não gostar da alimentação (48%). Entretanto, o oposto foi observado entre os alunos que aderem às refeições, cuja justificativa mais apontada foi a de gostar delas (67%). Conclui-se que, para aumentar a aceitação da alimentação e a segurança alimentar dos escolares, algumas medidas são necessárias, como: incorporar ao ensino atividades educativas relacionadas à nutrição e à saúde; prover infra-estrutura que garanta condições adequadas para a produção e distribuição das refeições; e, ainda, aumentar a variação dos cardápios.

Palavras-chave MERENDA ESCOLAR – SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR – POLÍTICAS DE NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO – SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO – SEGURANÇA ALIMENTAR.

ABSTRACT The present work aimed at evaluating the acceptance of school meals in the elementary public schools of Piracicaba/SP that benefited from the National School Meal Program. A cross-sectional study was carried out with twelve schools (25% of the students in 2002) in order to calculate the acceptance, adherence and rejection indexes of the offered meal. Moreover, to investigate the reasons why the students adhered or not to the school meals, a questionnaire was given to 480 students. Results showed a regular acceptability. Despite the high acceptance of some meals (over 90%), the adherence to the program is low: around 81% e 53% of the students do not eat the food offered in school entrance and school break, respectively. The rejection numbers found were near expectations. The main reason not to eat the school meal, according to the students, was distaste (48%). Nevertheless, 67.7% of those who have their meals at school stated they did like the food. In conclusion, to increase the acceptability and the food security of the school meal it is necessary to incorporate

RITA DE CÁSSIA BERTOLO MARTINS*
Curso de Nutrição – Faculdade de Ciências da Saúde (UNIMEP/SP)

MARIA ANGÉLICA TAVARES DE MEDEIROS
Curso de Nutrição – Faculdade de Ciências da Saúde (UNIMEP/SP) e
Curso de Nutrição – Centro de Ciências da Vida (PUC-Campinas/SP)

GLAUCIA MELEIRO RAGONHA
Curso de Nutrição – Faculdade de Ciências da Saúde (UNIMEP/SP)

JUSSARA HELENA OLBI
Curso de Nutrição – Faculdade de Ciências da Saúde (Unimep/SP)

MARISA ELAINE PAIS SEGATTI
Curso de Nutrição – Faculdade de Ciências da Saúde (UNIMEP/SP)

MILENA RIBEIRO OSELE
Curso de Nutrição – Faculdade de Ciências da Saúde (UNIMEP/SP)

*Correspondências: Rod. do Açúcar, km 156, FACS, 13400-911, Piracicaba/SP

rccmartin@unimep.br

incorporate specific actions to the elementary school, such as: health and nutrition education; an infrastructure that ensure adequate conditions for the production and distribution of meals, and varied menus.

Keywords SCHOOL MEAL – FOOD SUPPLEMENTATION – FOOD AND NUTRITION POLICIES – FOOD SERVICES – FOOD SECURITY.

INTRODUÇÃO

A política de alimentação e nutrição do Brasil tem uma história que soma mais de cinco décadas, ao longo das quais vários programas foram criados e extintos. O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) se constitui no maior e mais antigo deles, tendo como propósito suplementar 15% das necessidades nutricionais de pré-escolares e escolares de escolas públicas e instituições filantrópicas.³

Iniciado em 1954, o PNAE funcionou, até fins da década de 80, de forma centralizada no governo federal, fornecendo alimentos liofilizados e desidratados, que contrariavam os hábitos alimentares do público-alvo.^{5, 9, 19} Com a descentralização, em 1994, foram transferidas para as administrações locais as decisões sobre os alimentos a serem fornecidos aos alunos.^{3, 18, 22} Enquanto política pública, tal medida se insere no contexto de descentralização das políticas de segurança alimentar e combate à fome implementada durante a década de 90.¹⁸

A descentralização do PNAE tende a melhorar a aceitação das refeições, ao incorporar alimentos *in natura*, respeitando os hábitos dos escolares e permitindo a diversificação dos cardápios e o maior acompanhamento das escolas.^{1, 13, 14, 18, 23}

Entre as pesquisas nacionais sobre a aceitabilidade de alunos à alimentação escolar, merece destaque a conduzida pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), em 2001, avaliando o impacto do PNAE. Foi identificada uma maior adesão nas regiões Norte e Nordeste, especialmente nas cidades de pequeno porte da zona rural (83,9% contra 62,4% dos escolares da zona urbana). Já a aceitação foi maior nas regiões Sul e Sudeste, em torno de 75%.⁴

De modo geral, estudos mostram que a adesão é maior entre os menores de 11 anos²⁰ e, especialmente, entre as populações de menor poder aquisitivo.¹⁸

A busca de uma maior aceitação e adesão dos alunos à alimentação escolar deve partir da reali-

zação de diagnósticos sobre as suas preferências alimentares.¹⁸ A qualidade e, conseqüentemente, a maior aceitabilidade do cardápio escolar dependem da obediência a critérios como hábitos alimentares, características nutricionais, aceitação, custo, horário de distribuição e estrutura das cozinhas das unidades educacionais.⁵

A necessidade de aprofundar o exame das condições em que a alimentação escolar é ofertada nas escolas de Piracicaba levou à realização desta investigação. Ao longo de vários anos, a disciplina Estágio Supervisionado em Saúde Pública do curso de nutrição da Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP) vem acumulando observações que indicam uma baixa adesão dos escolares ao PNAE. Tal percepção é compartilhada com a Divisão de Alimentação e Nutrição (DAN), responsável pelo planejamento do programa no município de Piracicaba, justificando a importância de pesquisas em torno dessa temática. O presente estudo teve como objetivo avaliar a aceitabilidade da alimentação escolar e seus determinantes em 12 escolas estaduais e municipais de ensino fundamental do município de Piracicaba, SP.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

O município de Piracicaba, SP encontra-se dividido em cinco regiões administrativas: uma compreendendo a área rural e as demais, a área urbana, assim distribuídas: Norte, Sul, Leste e Oeste. Na área urbana, conta com 51 escolas estaduais e dez escolas municipais de ensino fundamental, todas beneficiadas pelo PNAE.

Foi desenvolvido um estudo do tipo transversal, com uma amostra não probabilística e intencional, de acordo com a localização das escolas nas diferentes regiões da área urbana do município. A amostra compreendeu 12 escolas que atendem cerca de 25% do total de alunos matriculados no ano de 2002 ($n = 9.865$). As escolas foram sorteadas pela Divisão de Alimentação e Nutrição do município.

O Programa de Alimentação Escolar de Piracicaba há anos vem oferecendo aos estudantes do ensino fundamental duas refeições diárias, a fim de atender a meta recomendada pelo Programa Nacional de Alimentação do Escolar, ou seja, suprir 15% das necessidades nutricionais dos estudantes matriculados no ensino fundamental. Para avaliar a aceitabilidade da alimentação escolar, foram identificados os índices de aceitação, adesão e rejeição da alimentação preparada e oferecida aos escolares presentes durante três dias consecutivos da terceira semana do mês de fevereiro de 2002.

O indicador de aceitação foi citado por Silva¹⁷ como um dos métodos mais utilizados no Brasil, denominando-o de *método das sobras agregadas*, por somar o peso total das preparações que compõem o cardápio.

Assim, seguindo a fórmula utilizada por Souza *et al.*,²¹ a aceitação foi identificada a partir do percentual correspondente ao peso total da alimentação distribuída dividido pelo peso total produzido para atender a clientela. O indicador de rejeição,²¹ também chamado de *indicador de restos* por Teixeira *et al.*,²⁴ revela o percentual de desperdício da refeição servida aos escolares, relacionando a alimentação desprezada (aquela que foi servida e não ingerida) com a distribuída.

Para completar a avaliação da aceitabilidade, foi verificado o índice de adesão, que corresponde à medida percentual de alunos que aderiram à refeição servida na escola, relacionada ao total de crianças matriculadas presentes na escola no dia da avaliação, como proposto no estudo desenvolvido por Brandão.²

Os dados foram coletados por discentes do curso de nutrição, que receberam capacitação com vistas a padronizar as etapas dessa atividade. Para a pesagem dos alimentos, foram utilizadas balanças mecânicas do tipo doméstica, com divisão de 50 g e capacidade de 10 kg. Todos os alimentos foram pesados *in natura*, antes do preparo. Após a cocção, identificou-se o peso médio de uma porção servida aos escolares e, de acordo com o número de porções servidas, acrescido da sobra (alimentação não distribuída), verificou-se o peso total produzido. O peso rejeitado pelos escolares (devolução no prato e/ou em recipiente próprio para essa finalidade) foi também identificado após o término do horário de distribuição das refeições. Para análise da aceitabilidade, calculou-se a média dos índices de aceitação,

rejeição e adesão para as preparações servidas nas doze escolas, tanto as oferecidas no horário de entrada dos alunos como as distribuídas no intervalo das aulas. Para avaliar o índice de aceitação, considerou-se o percentual de 90% como indicativo de aceitação alta da alimentação oferecida na escola, utilizado por Sturion²³ em estudo desenvolvido em dez municípios brasileiros. A adesão dos escolares também foi avaliada tendo como referência o mesmo estudo,²³ que apresentou os percentuais classificados em quatro categorias: alto (acima de 70%), médio (50 a 70%), baixo (30 a 50%) e muito baixo (menor que 30%).

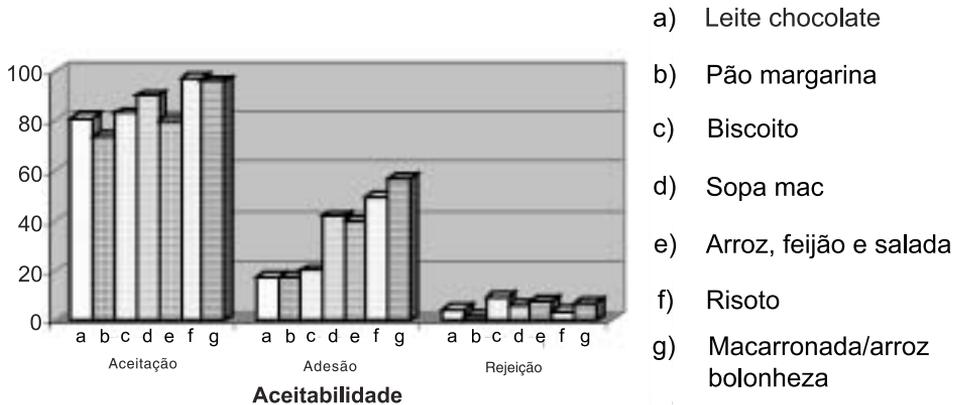
Para o indicador de rejeição, ou restos, foi utilizada a recomendação citada por Teixeira *et al.*²⁴ para coletividade sadia, indicando que há desperdício quando os valores encontrados forem superiores a 10%.

Como os indicadores de aceitabilidade utilizados neste estudo não consideram a opinião dos alunos em relação à alimentação oferecida, adicionalmente, foi aplicado um questionário a uma amostragem de alunos para diagnosticar os motivos da adesão à alimentação escolar e identificar as preparações de maior e menor aceitabilidade. Tal procedimento ocorreu durante o intervalo das aulas, sendo o instrumento composto por quatro perguntas abertas: *Você costuma comer a merenda oferecida na escola?* Em caso afirmativo: *Quais as preparações de que mais gosta?* Em caso negativo: *Por que não come?* E, por último, *quais as preparações de que menos gosta?*

Participaram dessa etapa 480 alunos de ambos os sexos e variadas idades, representando 5% do total de estudantes matriculados nas 12 escolas. Como critério de inclusão, utilizou-se uma amostra não probabilística por quota até se obter um total de 40 crianças/adolescentes por escola, envolvendo alunos dos dois períodos (manhã e tarde) de forma casual e pareada até atingir o número previsto (n = 480). Esse inquérito foi realizado em etapa única, não tendo havido perdas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A aceitabilidade da alimentação oferecida nas 12 escolas estaduais e municipais de ensino fundamental do município de Piracicaba, SP pode ser visualizada na figura 1.

Figura 1. Aceitabilidade da alimentação escolar no ensino fundamental público. Piracicaba/SP, 2002.

Foi possível identificar que a adesão às preparações servidas no horário de entrada dos alunos na escola (por volta de 7h, para o período da manhã, e 13h, à tarde) é muito baixa (valores inferiores a 30%). Quanto às refeições servidas no horário de intervalo (9h30-10h e 15h-15h30, conforme o período), constatou-se, em sua maioria, uma baixa adesão (40 a 50%, aproximadamente), exceto para preparações como macarronada ou arroz com molho à bolonhesa, com percentual acima de 50%, indicando uma adesão regular. No caso das refeições de entrada, a baixa adesão pode ser explicada pelo fato de as crianças já virem alimentadas de casa (desjejum/manhã ou almoço/tarde) ou por não terem apetite nesse horário.

A prática de supressão do desjejum padrão, composto por alimentos fontes de energia e de cálcio, foi diagnosticada em 50% dos adolescentes pesquisados por Gambardella *et al.*⁸ no município de Santo André/SP. O prejuízo do não consumo do café da manhã foi apontado por Worobey e Worobey,²⁵ que verificaram uma melhoria do padrão nutricional em escolares que receberam essa refeição na escola.

Considerando a suplementação parcial das necessidades diárias prevista pelo PNAE, a baixa adesão dos escolares às refeições distribuídas parece indicar que isso não é alcançado. Assim, conforme a preparação servida no dia, a maioria dos escolares não utiliza esse benefício.

Silva *et al.*,²⁰ avaliando a cobertura de programas sociais em dez municípios brasileiros, verificaram que a adesão à merenda escolar era maior entre os alunos menores de 11 anos de idade,

chegando em torno de quatro vezes por semana. Já o estudo do FNDE⁴ mostrou que o consumo em cinco vezes na semana foi verificado em 76,1% dos alunos pesquisados.

Sturion²³ constatou que, em média, nas unidades escolares observadas, a adesão à merenda é baixa (45%), tendo encontrado, no entanto, escolas com alto nível de adesão ($n = 3$) e outras com índice muito baixo ($n = 4$).

Em relação à aceitação, observa-se que é considerada alta para as preparações sopa de macarrão (90%), macarrão ou arroz com molho à bolonhesa (95%) e risoto de frango (97%), conforme parâmetro utilizado por Sturion,²³ que encontrou um valor médio de 85% de aceitação. As demais preparações oscilaram de 73% a 83% de aceitação, aproximadamente, o que pode sugerir uma boa aceitação.

Diante desses resultados, cabe ressaltar que a quantidade de alimentos preparada nas escolas varia conforme o cardápio do dia. Isso acontece porque as merendeiras já têm conhecimento das refeições mais aceitas pelos escolares e, portanto, não cozinham para o total de alunos, procurando evitar desperdício. Essa iniciativa, contudo, pode distorcer o índice de aceitação.

Os valores correspondentes à rejeição da alimentação servida são considerados baixos, pois variam de 1,8% a 7,5%, indicando que a quantidade servida para cada escolar é adequada e que, provavelmente, não há problemas com o preparo do cardápio, já que não há desperdício.²⁴

A média observada nos índices de aceitação, adesão e rejeição sugere maior aceitabilidade das preparações risoto e macarrão ou arroz com mo-

lho à bolonhesa, uma vez que são as que apresentam os maiores índices de aceitação e adesão. Já as refeições servidas no horário de entrada são consideradas de baixa aceitabilidade, em função da baixa adesão a elas, em média 19%.

Ao considerar a opinião dos alunos (n = 480) em relação à alimentação escolar, verificou-se que a maioria dos entrevistados (77,5%, n = 372) referiu comer as refeições servidas na escola, justificando sua adesão por gostar da alimentação (67%) e por sentir fome (18%), entre outros motivos (11%), como não almoçar em casa, considerar melhor que a alimentação da casa e não ter dinheiro para comprar na cantina (fig. 2).

Os dados da pesquisa do FNDE⁴ mostram que cerca de 60% dos alunos entrevistados compararam a comida feita em casa com a servida na escola, tanto na zona rural quanto na urbana.

Os entrevistados que referiram não aderir ao Programa de Alimentação Escolar (22,5%, n = 108) apresentaram como justificativas não gostar da alimentação servida (48%), trazer lanche de casa (16%) e não sentir fome (16%), dentre outros motivos (16%), como a falta de variedade e qualidade dos alimentos; a presença de cantina nas escolas; a falta de higiene dos utensílios, dos manipuladores e do local (fig. 3).

Apesar do avanço das concepções que afirmam ser a alimentação escolar um direito,^{1, 12, 14} o PNAE parece seguir padecendo do caráter assistencialista que marca a história da política de alimentação e nutrição no Brasil, de distribuição de *comida para pobres*. É certo que essa imagem é reforçada pela ausência de investimento de estados e municípios em infra-estrutura para o programa e, em última análise, em educação. Na maioria das escolas estaduais de Piracicaba, a alimentação é servida em utensílios de plástico, de aparência pouco atraente. Os refeitórios também não dispõem de mesas e cadeiras em número suficiente para que os alunos façam as refeições sentados e as cozinhas funcionam em precárias condições, a despeito do cuidado das merendeiras no preparo das refeições. Abreu¹ relata situação semelhante no que tange às escolas estaduais no Rio Grande do Sul.

É necessário afirmar que compete às escolas estaduais investir nas condições materiais e de higiene (equipamentos em geral e produtos de limpeza) para o funcionamento do programa, ficando o município encarregado do fornecimento dos gêneros alimentícios e de recursos humanos. Entretanto, no que concerne às escolas estaduais, esse papel parece não ser cumprido a contento.

Figura 2. Opinião dos alunos quanto aos motivos da adesão ao Programa de Alimentação Escolar. Piracicaba/SP, 2002.

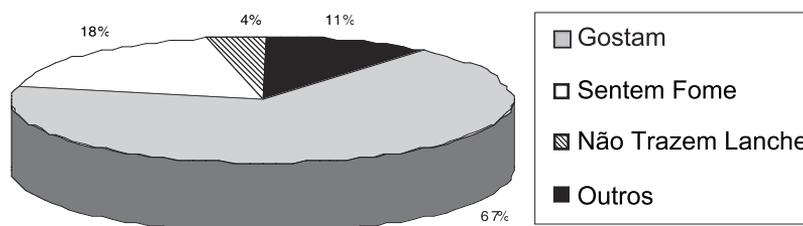
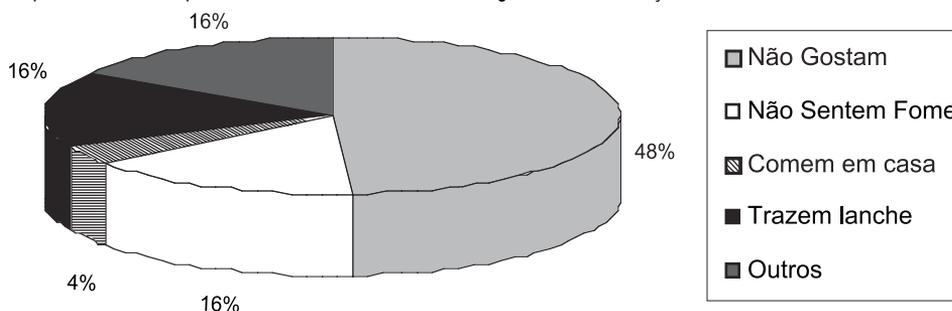


Figura 3. Opinião dos alunos quanto aos motivos não adesão ao Programa de Alimentação Escolar. Piracicaba/SP, 2002.



Um dos objetivos do PNAE é a formação de bons hábitos alimentares. Costa *et al.*⁶ apontam a importância do programa para a promoção da saúde escolar, sugerindo a criação de espaços para discussão dos condicionantes dos hábitos alimentares, bem como daqueles referentes à produção, distribuição e acesso aos alimentos.

Um dado de considerável interferência na baixa adesão à alimentação escolar é a presença de cantinas nas escolas que, geralmente, privilegiam a venda de salgadinhos, refrigerantes e outras guloseimas. Pesquisas sobre o padrão alimentar do brasileiro mostram a elevação do consumo de açúcares e gorduras nas últimas décadas,¹¹ prática nociva, do ponto de vista nutricional, por contribuir para o aumento da obesidade. Tal preocupação é partilhada por estudos internacionais de avaliação do consumo alimentar dos escolares, que têm alertado para a necessidade de investimento em estratégias educativas voltadas à melhoria do padrão alimentar dessa população.^{7, 10, 16}

O nutricionista que atua nessa área deve buscar a integração com os profissionais do ensino,

estimulando essas reflexões e contribuindo para o reconhecimento do ambiente escolar como um espaço para o desenvolvimento da segurança alimentar, entendida como o acesso aos alimentos em quantidade suficiente, sem desconsiderar o aspecto nutricional, ou seja, a qualidade necessária à promoção e manutenção da saúde.

Os escolares foram também questionados em relação às preparações de que mais gostam e menos gostam, apresentadas nas figuras 4 e 5. Segundo essa perspectiva, as refeições preferidas foram a macarronada com carne (22%), o risoto de frango (20%) e o arroz com feijão (19%). Já de menor aceitação foram as sopas (47%), seguidas por preparações diversas, classificadas como outras (25%), como macarrão com lingüiça; salsicha em molho; salada de legumes com ovos; arroz, feijão e virado de ovos; e arroz com peixe. É importante mencionar que as preparações que incluem salsicha e lingüiça, citadas pelos alunos, não são mais servidas pelo Programa de Alimentação Escolar de Piracicaba.

Figura 4. Opinião dos alunos quanto às preparações de maior preferência. Piracicaba/SP, 2002.

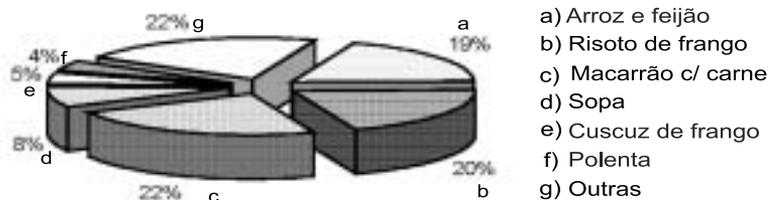
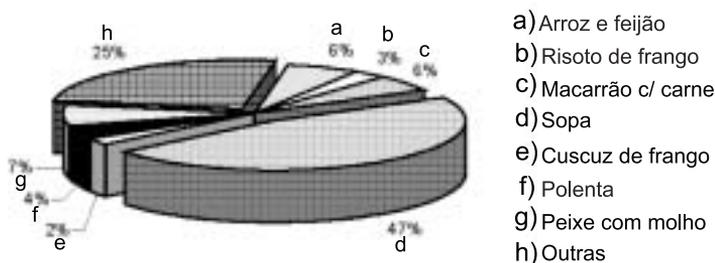


Figura 5. Opinião dos escolares quanto às preparações de menor preferência, Piracicaba/SP, 2002.



Os achados sobre as preferências dos alunos vão ao encontro dos dados do FNDE, que apontam que as preparações prediletas dos escolares são macarrão e risoto (90% dos alunos da área rural), seguidas do arroz e feijão, preferidos por cerca de 88% dos alunos, tanto na área rural quanto na urbana. É interessante notar que as frutas apareceram como as preferidas por 91% dos alunos da área urbana.⁴

CONCLUSÃO

A pesquisa realizada em 12 escolas públicas de ensino fundamental do município de Piracicaba permite concluir que a aceitabilidade da alimentação é regular, dada a adesão baixa pelos escolares, embora a aceitação de algumas preparações, entre os que aderem ao programa, seja considerada alta.

O aprofundamento de estudos dessa natureza poderia se dar a partir de entrevistas com as famílias dos escolares, buscando identificar melhor os seus hábitos alimentares. Seria igualmente interessante verificar, em estudos posteriores, a adesão por faixa etária, uma vez que, na adolescência, novas práticas alimentares passam a ser incorporadas, sobretudo com a influência da propaganda. Outro aspecto a ser considerado é o tipo de refeição servida como merenda. No período matutino, por exemplo, a alimentação do intervalo corresponde-

ria a um almoço (sopa, arroz com feijão, risoto etc.), o que pode colidir com os hábitos dos alunos, reduzindo a adesão, especialmente se os mesmos tiverem acesso ao almoço em casa, em horário mais usual.

Para aumentar a aceitabilidade da alimentação oferecida aos escolares em Piracicaba, tornam-se necessárias algumas medidas, como a incorporação de atividades educativas relacionadas à nutrição e à saúde, incluindo toda a comunidade escolar; a revisão dos horários de distribuição da alimentação, buscando adequá-los aos hábitos dessa população; a garantia de infra-estrutura para a área de produção/distribuição da alimentação, propiciando, inclusive, a ampliação do número de refeições; o investimento em recursos humanos, em quantidade compatível com o número de refeições e devidamente qualificados para a função; refeitório com acomodação para todos os alunos se alimentarem com mais dignidade; variação nos cardápios, evitando a monotonia.

Enfim, para que tais recomendações sejam implementadas, é de suma importância o apoio governamental, traduzido em investimentos necessários à segurança alimentar dos escolares, na forma de uma alimentação de qualidade que também sirva de motivação para o desenvolvimento de conteúdos educativos no espaço escolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abreu M. Alimentação escolar: combate à desnutrição e ao fracasso escolar ou direito da criança e ato pedagógico. In: Brasil, Ministério da Educação e do Desporto, SEDIA/INP. Em aberto: merenda escolar; 1995;67:5-20.
2. Brandão TM. Avaliação da aceitação e preferências de cardápios do programa de merenda escolar em escolas municipais do ensino fundamental da cidade de Campinas [Dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Engenharia de Alimentos, Universidade de Campinas; 2000.
3. Brasil, Ministério da Educação, Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Manual do Conselho de Alimentação Escolar (CAE). Brasília; 1999.
4. _____. Avaliação do impacto distributivo e elaboração de sistemática de monitoramento do PNAE [on line] 2002 jun 4 [citado em 2003 set 16]. Disponível em URL: < <http://www.fnede.gov.br/apresentacoes/apresentacao01/index.html> > .
5. Cail R, Aguiar J. Nutrição e administração nos serviços de alimentação escolar. São Paulo: Marco Markovitch; 1999.
6. Costa EQ, Ribeiro VMB, Ribeiro ECO. Programa de alimentação escolar: espaço de aprendizagem e produção de conhecimento. Rev Nutr 2001;14 (3):225-9.
7. Oullen KW, Eagan J, Baranowski T, Owens E, de Moor C. Effect of a la carte and snack bar foods at school on children's lunchtime intake of fruits and vegetables. J Am Diet Assoc 2000;100 (12):1482-6
8. Gambardella AND, Frutuoso MFP, Franchi C. Prática alimentar de adolescentes. Rev Nutr 1999;12 (1):55-63.
9. L'Abbate S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil. I. Período de 1940 a 1964. Ver Nutrição Puccamp 1988;1 (2):7-54.
10. Melnick TA, Rhoades SJ, Wales KR, Cowell C, Wolfe WS. Food Consumption patterns of elementary schoolchildren in New York City. J Am Diet Assoc 1998;98 (2):159-64

11. Monteiro CA, Mondini L, Costa FBL. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil entre 1988 e 1996. In: Monteiro CA org. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. 2.^a ed. São Paulo: Hucitec-NUPENS/USP, 2000.
12. Moysés MAA, Collares CAL. Aprofundando a discussão das relações entre desnutrição, fracasso escolar e merenda. In: Brasil, Ministério da Educação e do Desporto. Em aberto: merenda escolar 1995;67:33-56.
13. Pfitone MAP. Programa de alimentação escolar: um estudo sobre descentralização, escola e educadores [Tese]. Campinas (SP): Faculdade de Educação, Universidade de Campinas; 1997.
14. Pfitone MAP, Gandini. RPC. Programa de alimentação escolar: um estudo sobre descentralização, escola e educadores. Saúde em Rev 2001;3 (5/6):33-41.
15. Pfitone MAP, Ometto AMH, Silva MV, Sturion GL, Furtuoso MCO, Oetterer M. Atuação dos Conselhos Municipais de Alimentação Escolar na gestão do Programa Nacional De Alimentação Escolar. Rev Nutr 2003;16 (2):143-54.
16. Rufino PM de, Muñoz P, Gómez E. Frecuencia de consumo de alimentos en los adolescentes escolarizados de Cantabria. Comparación con el documento de consenso guías alimentarias para la población española. Gac Sanit 1999;13 (6):449-55.
17. Silva MAA. Avaliação da aceitação da alimentação escolar. In: Sallay E, Rodrigues NSS. Anais do Encontro Estadual sobre Merenda Escolar, 1996; Jundiaí (SP). Campinas: Belcolor Publicidade; 1996.
18. Silva JG, Belik W, Takagi M coord. Projeto Fome Zero: uma proposta de política de segurança alimentar para o Brasil. Instituto Cidadania; 2001; Versão 3.
19. Silva MV. Trajetória do Programa de Merenda Escolar (1954-1994) e o estado nutricional de crianças brasileiras. Cad Nutrição Soc Bras Aliment Nutr 1996;11:31-49.
20. Silva MV, Sturion GL, Ometto AMH, Pfitone MAP, Furtuoso MCO. Estado nutricional de escolares e seu acesso a programas sociais em dez municípios brasileiros. Nutrire 2002 jun;23:33-53.
21. Souza SB, et al. Grupo de trabalho da área pré-escolares e escolares. In: Gandra YR, Gambardela MD org. Avaliação de serviço de nutrição e alimentação. São Paulo: Savier; 1983.
22. Spinelli MAS, Canesqui AM. O Programa de Alimentação Escolar no Estado de Mato Grosso: da centralização à descentralização (1979-1995). Rev Nutr 2002;15 (1):105-7.
23. Sturion GL. Programa de Alimentação Escolar: avaliação do desempenho em dez municípios brasileiros [Tese]. Campinas (SP): Faculdade de Engenharia de Alimentos, Universidade de Campinas; 2002.
24. Teixeira SMFG, Oliveira ZMC, Rego JC, Biscontini TMB. Administração aplicada às unidades de alimentação e nutrição. São Paulo: Atheneu; 1990.
25. Worobey HS, Worobey J. Efficacy of a preschool breakfast program in reducing refined sugar intake. Int J Food Sci Nutr 1999;50 (6):391-7.

Submetido: 16 jun. 2003

Aprovado: 7 jul. 2004

RESENHA

Segurança Alimentar e Cidadania: a contribuição das universidades paulistas

DE MARIA ANTONIA M. GALEAZZI (org.)

Campinas: Mercado de Letras, 1996, 352 p.,
R\$ 25,00, ISBN 85-85725-15-X

Era uma vez um país com fome... Era uma vez um país rico, repleto, porém, de pessoas e famílias pobres, muitas, milhões delas sem acesso até mesmo ao mínimo necessário à alimentação; um país sem segurança alimentar.

Esse país, visivelmente injusto nas ruas, bairros periféricos e favelas, apresentando estatísticas sociais flagrantemente inaceitáveis, vergonhosas, mesmo, não tinha sequer consciência dos horrores que a miséria plantava em seu solo, de Norte a Sul, de Leste a Oeste, tomando Norte e Nordeste como regiões de atraso excepcional, atípico, e por isso objeto de políticas de fomento sempre retumbantes nos discursos e nos documentos, mas de alcance efetivo insuficiente.

Nesse país, um homem singular, sensível e ativo, solidário e propositivo, um dia chamou a si a tarefa de juntar pessoas, talentos e recursos para enxotar a letargia e iniciar um combate coletivo contra a fome. Herbert de Souza, irmão do Henfil, o nacionalmente querido Betinho, em 1993 (11 anos atrás!) conseguiu dar início, com grande repercussão e sucesso, à Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e Pela Vida. A indignação foi o combustível que Betinho pôs em ação para mobilizar todo tipo de gente, toda espécie de instituição, e estabelecer com os mais necessitados uma relação de solidariedade e de compromisso – o compromisso de que cada homem, mulher ou criança com fome passa a ser um problema de todos: “Não se pode comer tranqüilo em meio à fome generalizada” (*Carta da Ação da Cidadania*, 1993).

Rapidamente, em maio de 1994, um grupo de universidades paulistas, públicas e confessionais (USP, Unicamp, Universidade São Francisco, UFSCar, Universidade do Sagrado Coração, PUC-SP, Unesp) abraçou a causa de Betinho, colocando-se o desafio de contribuir na luta contra a fome, ajudando a entender suas causas e conseqüências, seus diversos matizes e suas especificidades regionais e por extratos da população.

Durante um longo seminário, naquele maio distante, há exatos dez anos, a fome e seu oposto, a segurança alimentar, foram objeto de uma reflexão transdisciplinar do tipo que poucas vezes se verifica no ambiente universitário. Foram tratados competentemente temas como *Fome: a marca de uma história*, *Caracterização das populações pobres no Brasil*, *Desenvolvimento, fome e segurança alimentar*, *A segurança alimentar e os problemas estruturais de acesso*, *A exclusão social no capitalismo incompleto*, *Segurança alimentar e desafios às universidades*, *Pobreza, segurança alimentar e desnutrição no Brasil*, *Cidadania e soli-*

VALDEMIR PIRES*
Curso de Ciências Econômicas –
Faculdade de Gestão e Negócios
Internacionais (UNIMEP/SP)

*Correspondências: Rod. do Açúcar,
Km 156, 13400-911, Piracicaba/SP

vapires@unimep.br

riedade: as ações contra a miséria, Política fundiária e agrícola e segurança alimentar, Política agroindustrial e segurança alimentar e Política científica e tecnológica e segurança alimentar, sempre com a ajuda de renomados e engajados pesquisadores das universidades paulistas.

O resultado foi transformado na excelente coletânea organizada por Maria Antonia M. Galeazzi, publicada dois anos depois do seminário e sete antes do *Fome Zero*, a primeira e até agora insuficiente política do governo Lula para superar o quadro social que Betinho lutou para reverter.

Infelizmente, continuam atuais todos os problemas identificados e esquadrinhados pelos autores na coletânea e, pior, para combatê-los, a mobilização foi substituída pelo *marketing* e por programas assistencialistas mal-estruturados e mal-coordenados pelo governo. Esse quadro torna a leitura dessa publicação de 1996 ainda necessária e importante, assim como a possível realização de um novo encontro das universidades paulistas, talvez com maior número delas, para discutir o mesmo tema, partindo do acúmulo já existente em termos de reflexão e experiências vivenciadas na última década.

Difícil? Sim.

Era uma vez um país rico, repleto, porém, de pessoas e famílias pobres, muitas, milhões delas sem acesso até mesmo ao mínimo necessário à alimentação; um país sem segurança alimentar...

Submetido: 16 jan. 2004

Aprovado: 2 jul. 2004

SAÚDE EM REVISTA

Normas para Publicação

PRINCÍPIOS GERAIS

1. A *SAÚDE EM REVISTA* tem por objetivo publicar trabalhos que contribuam para o desenvolvimento científico e tecnológico nas áreas de ciências biológicas e da saúde.

2. A revista privilegia a veiculação de temas em ciências biológicas e de saúde (teoria, ética e história), pesquisa teórica e/ou experimental, política e ensino.

3. Os temas podem ser desenvolvidos através das seguintes categorias:

- **ARTIGOS ORIGINAIS:** contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Na estrutura dos artigos devem constar: Introdução, Metodologia (ou Material e Método), Resultados e Discussão, Conclusão e Referências Bibliográficas;
- **REVISÕES DE LITERATURA:** avaliações críticas sistematizadas da literatura sobre determinado assunto, devendo conter conclusões;
- **ENSAIOS:** artigos teóricos sobre determinado tema;
- **RESUMOS DE MONOGRAFIAS:** trabalho de graduação e de pós-graduação mais relevantes e originais;¹
- **RESENHAS:** comentários críticos de livros e/ou teses. Devem conter todas as informações para a identificação do livro comentado (autor; título; tradutor e título original, se houver; edição, se não for a primeira; local; editora; ano; total de páginas; ISBN; e preço).
- **CARTAS:** comentários a artigos relevantes publicados anteriormente.

Nota: os artigos submetidos à revista devem preferencialmente enquadrar-se na categoria de relatos originais (científicos).

4. Com exceção dos Resumos, a submissão dos manuscritos implica que o trabalho não tenha sido publicado e não esteja sob consideração para publicação em outra revista.

5. A aceitação se dará observando-se os seguintes critérios:

- a) adequação ao escopo da revista;
- b) qualidade científica, atestada pela Comissão Editorial e por processo anônimo de avaliação por pares (*blind peer review*),² com consultores não remunerados, especialmente convidados, cujos nomes são divulgados anualmente, como forma de reconhecimento;
- c) cumprimento das normas da *SAÚDE EM REVISTA*. O autor será informado do andamento do processo de seleção e os originais enviados à Editora UNIMEP serão a ele devolvidos.

6. Os artigos devem respeitar as seguintes dimensões (unidade-padrão: **lauda de 1.400 toques**,^{3*} ou 20 linhas e 70 toques cada linha por lauda):

- **ARTIGOS ORIGINAIS:** 10 a 18 laudas (de 14.000 a 25.200 toques);
- **REVISÕES DE LITERATURA:** 8 a 12 laudas (de 11.200 a 16.800 toques);
- **ENSAIOS:** 12 a 20 laudas (de 16.800 a 28.000 toques);
- **RESUMOS DE MONOGRAFIAS:** 1 lauda (até 1.400 toques);
- **RESENHAS:** 2 a 4 laudas (de 2.800 a 5.600 toques).

7. Uma vez aprovados, cabe à revista a exclusividade na publicação dos artigos.

¹ Resumos de monografias: encaminhar três cópias em papel e uma em disquete, contendo: título em português e inglês; resumo em português e inglês; e palavras-chave em português e inglês (mínimo de três, máximo de seis); nome do autor e curso, orientador, data da aprovação e total de páginas do texto original; e documento do orientador, atestando sua aprovação.

² Para maior detalhamento das etapas, v. item 2 de "Apresentação".

^{3*} Nesse total de toques, considerar também os espaços entre palavras.

8. Os artigos podem sofrer **alterações editoriais** não substanciais (reparagrafações, correções gramaticais e adequações estilísticas), que não modifiquem o sentido do texto. O autor poderá revisar as mudanças introduzidas.

9. **Não há remuneração pelos trabalhos.** Por artigo, o(s) autor(es) recebe(m) 1 (um) exemplar da revista e 10 (dez) separatas do seu artigo. Ele(s) pode(m) ainda adquirir exemplares da revista com desconto de 30% sobre o preço de capa, bem como a quantidade que desejar(em) de separatas, a preço de custo equivalente ao número de páginas e de cópias delas.

10. Os artigos devem ser encaminhados à Comissão Editorial da revista através de ofício, do qual devem constar:

- DECLARAÇÃO assinada por pelo menos um dos autores que tenha obtido anuência e concordância dos demais, indicando a exclusividade de publicação na *SAÚDE EM REVISTA*, caso o artigo venha a ser aceito pela Comissão Editorial;
- CONCORDÂNCIA destas *Normas para Publicação*.
- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS: evitar o uso de iniciais ou números de registros hospitalares dos pacientes. Um paciente não poderá ser identificado em fotografias, exceto com consentimento expresso, por escrito, acompanhando o trabalho original. Estudos realizados em seres humanos devem estar de acordo com padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos pacientes. Deve ser incluída a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente registrada no Conselho Nacional de Saúde ou na Universidade à qual o(s) autor(es) estejam vinculados, ou na instituição mais próxima ao seu local de trabalho que o possa registrar.

Forma e preparação dos manuscritos

Cada artigo deve conter os seguintes elementos:

I. IDENTIFICAÇÃO

- NOME e SOBRENOME do(s) AUTOR(es) (no caso de mais de um, indicar o responsável para troca de correspondência);
- Telefone, e-mail e endereço para correspondência;
- TITULAÇÃO acadêmica, INSTITUIÇÃO a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço, UNIDADE e FUNÇÃO do(s) autor(es);
- DEPARTAMENTO e INSTITUIÇÃO em que o trabalho foi realizado;
- TÍTULO (e subtítulo, se houver): precisa(m) indicar claramente o conteúdo do texto e ser **conciso(s)**, evitando-se palavras supérfluas [título: máximo de 40 toques; subtítulos: máximo de 80 toques];
- SUBVENÇÃO: menção de apoio e financiamento eventualmente recebidos;
- Se tiver sido baseado em DISSERTAÇÃO ou TESE, indicar título, ano e instituição onde foi apresentada;
- Se tiver sido apresentado em REUNIÃO CIENTÍFICA, indicar nome do evento, local e data da realização
- AGRADECIMENTO, apenas se absolutamente indispensável.
Esses elementos devem vir numa folha em separado, antecedendo o texto do artigo propriamente dito.

II. TEXTO

- TÍTULO do trabalho em **português e inglês** (textos em inglês devem apresentar título, resumo e palavras-chave em português; textos em espanhol, título em inglês, *abstract* e *keywords*).
- RESUMO indicativo e informativo, em português (intitulado **Resumo**) e inglês (denominado *Abstract*), em, no máximo, 1.400 toques. Para fins de indexação, o autor deve indicar as **palavras-chave** ou **descritores** (mínimo de três e máximo de seis) do artigo, em português e inglês (*keywords*). Recomenda-se o uso de decs-Descritores em Ciências da Saúde (lilacs: < <http://www.bireme.br/abd/p/lilacs.htm>> , < <http://decs.bvs.br>>).
- TÍTULO ABREVIADO, com até 40 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

DOCUMENTAÇÃO

As citações devem obedecer à apresentação aqui detalhada :

I. CITAÇÕES NO TEXTO

a) As referências ao longo do texto, assim como nas tabelas e figuras, devem ser identificadas por número arábico e numeradas consecutivamente segundo a ordem em que são mencionadas no artigo. Esse número precisa ser colocado em expoente (sobrescrito). Ao se citar dois autores de obra referenciada, seus sobrenomes devem estar ligados pela conjunção “e”; no caso de mais de três, cita-se o primeiro autor seguido da expressão “et al.” Exemplos:

- Terris et al.⁸ atualizam a clássica definição de saúde pública.
- O fracasso do movimento de saúde comunitária parece evidente.^{1, 5, 7}

AS NOTAS EXPLICATIVAS,⁴ quando houver, precisam ser dispostas no rodapé, remetidas por asterisco (não por número), sobrescrito no corpo do texto. Havendo mais de uma por página, o seu número corresponderá à quantidade de asteriscos necessários para indicá-lo,^{5*} processo esse que será reiniciado em eventual nova página.

Toda vez que a **citação for literal**, ou específica a um trecho da obra, e tiver (a) **menos que quatro linhas**, ela deve aparecer entre aspas, e não em itálico; se for (b) **igual ou maior que quatro linhas** deve ter recuo de quatro centímetros das margens do texto (sem aspas), sendo destacada em parágrafo próprio, com corpo reduzido em relação ao restante do texto, pulando-se uma linha antes e outra depois da transcrição.

* ...Fica claro, portanto, que “as exigências nutricionais dos fungos que afetam papéis são carbono, hidrogênio, oxigênio, nitrogênio, enxofre, potássio, magnésio, fósforo, ferro, zinco, cobre e manganês”, conforme afirma Kowalik¹⁷ (pp. 99-114).

** ...Como afirma Malerbi, discutindo o atendimento ao paciente diabético na rede básica do município de São Paulo:

O atendimento de pacientes diabéticos ainda está dependendo da iniciativa pessoal dos profissionais que atuam nos postos, os quais, quando têm interesse, deparam-se com dificuldades relativas a critérios, medicamentos, materiais, recursos auxiliares etc. As maiores dificuldades residem, porém, quanto ao treinamento e atualização das equipes, e quanto ao sistema de referência e contra-referência, o qual é extremamente complicado, burocratizado e ineficaz. (Malerbi,⁸ p. 31)

Os demais complementos (nome completo do autor, nome da obra, cidade, editora, ano de publicação etc.) constarão das Referências Bibliográficas, ao fim de cada artigo, seguindo o padrão abaixo.

II. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As Referências Bibliográficas são limitadas a 30, nos textos que se enquadram nas categorias Artigos Originais, Revisão e Ensaio. As referências ao longo do texto, assim como tabelas e figuras, devem ser identificadas por número arábico e numeradas consecutivamente, normatizadas de acordo com o estilo *Vancouver* (< www.icmje.org >). Os títulos de periódicos devem ser referidos de **forma abreviada**, de acordo com o Index Medicus (< <http://bioinfo.ernet.in/~shubha/IndexMedicus/IndexMedicus-A.html> >). Publicações com dois autores até o limite de seis citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguidos de “et al.”, de acordo com o padrão abaixo.

Artigos em periódicos

1. *Listar os seis autores seguidos por “et al.”.*

- Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1;124 (11):980-3.

Como opção, se o periódico tem paginação contínua e não apresenta numeração, pode ser omitido o número da revista:

⁴ Nota explicativa no rodapé da página.

^{5*} Uma eventual segunda nota na mesma página será indicada por dois asteriscos.

- Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

Para mais de seis autores:

- Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006-12.
2. *Organizados como autores*
 - The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.
 3. Nenhum autor apresentado.
 - Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994;84:15.
 4. *Volume ou artigo com suplemento*
 - Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.
 - Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23(1 Suppl 2):89-97.
 5. *Artigo sem volume*
 - Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. *Clin Orthop* 1995;(320):110-4.
 6. *Nenhum título ou volume*
 - Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg* 1993:325-33.
 7. *Raginação em algarismos romanos*
 - Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. *Hematol Oncol Clin North Am* 1995 Apr;9(2):xi-xii.
 8. *Autores citados em outros artigos*
 - Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. *Lancet* 1996;347:1337. Clement J, De Bock R. Hematological complications of hantavirus nephropathy (HVN) [abstract]. *Kidney Int* 1992;42:1285.

Livros e monografias

- Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.
- Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.
- Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.
- Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.
- Kimura J, Shibasaki H [editors]. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
- Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

1. *Dissertação ou tese*

- Ferreira SJ. Caracterização molecular da *Xillela fastidiosa* [Dissertação ou Tese]. Piracicaba (SP): Universidade de São Paulo; 2000.

2. *Artigos de jornal*

- Lopes RJ. Estudo aponta elo entre ferro e Parkinson. Folha de São Paulo 2002 Set 16; Sec. A:10.

3. *Dicionário e referências similares*

- Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams e Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Material eletrônico

1. *Artigos de periódicos em formato eletrônico*

- Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [acesso em 1996 Jun 5];1(1):[24 screens]. Available from: URL: <<http://www.cdc.gov/hcidod/EID/eid.htm>> .

2. *Monografias em formato eletrônico*

- CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

3. *Arquivos de computador*

- Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

APRESENTAÇÃO

1. Os artigos podem ser submetidos redigidos em português, inglês ou espanhol.

2. ETAPAS de encaminhamento dos artigos: **(a)** apresentação de **três cópias impressas** do artigo, devidamente padronizado conforme estas Normas, para submissão à Comissão Editorial da Revista e aos seus consultores, constando de **uma** delas os dados completos do(s) autor(es) e, das **outras duas**, apenas o título da obra (sem identificação); fornecer também **brevíssimo currículo** do(s) autor(es); **(b)** um dos membros da Comissão e dois nomes externos a ela são designados como **pareceristas**, estes dois últimos por processo *blind peer review*; **(c)** recebidos de volta tais pareceres, eles são analisados em outro encontro da Comissão, chegando-se a uma **avaliação final**: “indicado para publicação”, “indicado com ressalvas” ou “recusado”; **(d)** em carta ao(s) autor(es), são fundamentadas tais decisões e devolvidos os originais com anotações dos pareceristas; **(e)** se indicado para publicação “com ressalvas”, o artigo deve ser novamente submetido à Editora: os trechos alterados devem ser **realçados** por cor ou sublinhados; essa nova versão será entregue em papel (uma cópia) e em arquivo eletrônico, acompanhada do texto original apreciado pelos pareceristas; **(f)** eventuais ilustrações devem ser encaminhadas separadamente, em seus respectivos **arquivos eletrônicos em suas extensões originais**; **(g)** antes da impressão, o(s) autor(es) recebe(m) **versão final** do texto para análise.

3. As **ILUSTRAÇÕES** (tabelas, gráficos, desenhos, mapas e fotografias) necessárias à compreensão do texto devem ser numeradas seqüencialmente com algarismos arábicos e apresentadas de modo a garantir uma boa qualidade de impressão. Precisam ter título conciso, grafados em letras minúsculas. **(a) TABELAS**: editadas em *Word* ou *Excel*, com formatação necessariamente de acordo com as dimensões da revista. Devem vir inseridas nos pontos exatos de suas apresentações ao longo do texto; não podem ser muito grandes e nem ter fios verticais para separar colunas; **(b) FOTOGRAFIAS**: com bom contraste e foco nítido, sendo fornecidas em arquivos em extensão “tif” ou “gif”; **(c) GRÁFICOS e DESENHOS**: incluídos nos locais exatos do texto. No caso de indicação para publicação, essas ilustrações precisarão ser **enviadas em separado, necessariamente em arquivos de seus programas originais** (p. ex., em Excel, CorelDraw, PhotoShop, PaintBrush etc.); **(d)** figuras, gráficos e mapas, caso sejam enviados para digitalização, devem ser preparados em tinta nanquim preta. As convenções precisam aparecer em sua área interna.

Os manuscritos devem ser encaminhados para:

Editora UNIMEP /Secretaria Executiva da *Saúde em Revista*
Rodovia do Açúcar, km 156 - 13400-911 – Piracicaba, SP, Brasil