



**Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Atenção Básica  
Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição**

**DIAGNOSTICO DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DA  
POPULAÇÃO DO CAMPO: LEVANTAMENTO  
DE DADOS E PROPOSTA DE AÇÃO**

**CGPAN/DAB/SAS  
2004**

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	3
1.0. A POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (PNAN) E A POPULAÇÃO DO CAMPO: .....	6
1.1. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E NUTRIÇÃO .....	7
1.1.1. SITUAÇÃO NUTRICIONAL INFANTIL NO CAMPO .....	7
1.1.2. SITUAÇÃO DO PESO AO NASCER .....	10
1.1.3. SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO .....	11
1.1.4. SITUAÇÃO NUTRICIONAL INFANTIL E RENDA .....	12
1.1.5. SITUAÇÃO NUTRICIONAL DOS ADULTOS NO CAMPO .....	133
2.2. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA DA POPULAÇÃO ADULTA RESIDENTE NO CAMPO .....	16
2.2.1. NÍVEL DE ESCOLARIDADE .....	16
3.0. DISTÚRBIOS NUTRICIONAIS: SITUAÇÃO REFERENTE A CARÊNCIA DE MICRONUTRIENTES .....	17
3.1. ANEMIA FERROPRIVA .....	17
3.2. HIPOVITAMINOSE A NA POPULAÇÃO RURAL .....	18
3.3. CARÊNCIA POR DEFICIÊNCIA DE IODO .....	19
4.0. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....	20
ANEXO 1 .....	23
ANEXO 2 .....	277
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>343</b>

## INTRODUÇÃO

A população do campo ou rural se estende por todo o território Brasileiro e se apresenta de forma diversificada com características que contemplam uma grande especificidade cultural, racial, regional, entre outros, representando a heterogeneidade social que caracteriza o País. Esta população engloba os segmentos populacionais de agricultores familiares, trabalhadores e trabalhadoras rurais assalariadas (os) e aquelas (es) em regime de trabalho temporário, as (os) trabalhadoras (es) rurais assentadas (os), as (os) que não têm acesso a terra, famílias de trabalhadoras (es) rurais de assentamentos e acampamentos rurais, populações que residem em comunidades remanescentes de quilombos, em reservas extrativistas, em vilas, povoados, população ribeirinha, comunidades tradicionais e trabalhadoras (es) que moram na periferia das cidades, mas que, trabalham no campo.

Dados do INCRA de 2003 (Grupo Terra, no prelo) informam que existem no país 6.044 assentamentos com capacidade para 759.768 famílias. Os municípios com assentamentos estão assim distribuídos pelas regiões:

- região Norte possui assentamentos em 268 municípios,
- região Nordeste em 776;
- região Sudeste em 212;
- região Centro-Oeste em 220 e;
- região Sul em 383 municípios.

A população residente desses 1.857 municípios é de aproximadamente 59.780.112 habitantes.

A população remanescentes de quilombos atualmente é de 2 milhões de pessoas distribuídas em 743 comunidades, segundo dados oficiais da Fundação Cultural Palmares (2002).

Esta população sofre com as adversidades ligadas ao próprio ambiente (seca, aridez da terra, geadas, enchentes) que muitas vezes a impedem de utilizar a terra e o que nela produzem no seu extremo potencial.

Outras dificuldades também são observadas como a falta de acesso as ações governamentais que devem garantir a cidadania e qualidade de vida como educação, saneamento e saúde.

O último censo demográfico realizado no Brasil, em 2000, informou que apenas 18% da população brasileira vive em áreas rurais (Wanderley, 2003). A estimativa da população rural brasileira até 2020 é de reduzir em quase 50%, segundo Marcos Montenegro da Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental do Ministério das Cidades em apresentação do Programa de Modernização do Setor Saneamento em 2003.

Nas áreas rurais, os famintos e desnutridos são os trabalhadores sem terra que freqüentemente ganham salários miseravelmente baixos e pequenos produtores rurais que lutam para sobreviver da terra (Valente, 2003).

Se a ausência de possibilidades de emprego e de rendimentos continua a ser a principal causa do êxodo rural, o crescente déficit da oferta de serviços acentua esse fenômeno, contribuindo para a degradação da qualidade de vida.

A avaliação e o acompanhamento da situação alimentar e nutricional de toda a população brasileira (da cidade e do campo), bem como a geração de outras informações, é de fundamental importância para o planejamento e monitoramento de políticas públicas voltadas para uma melhor qualidade de vida no Brasil.

Para se discutir e buscar efetivar as ações de saúde é necessário conhecer a população do campo, considerando as particularidades existentes, respeitando a sua diversidade e com o tratamento diferenciado e encaminhando prioridades de ação.

A XI Conferencia Nacional de Saúde apontou como desafios o de garantir à população rural, condições reais de acesso ao sistema de saúde e o de assegurar um atendimento em todo o sistema, com qualidade e humanização. A superação de tais desafios requer investimento na capacitação profissional, de modo a permitir a compreensão sobre as especificidades de cada população, em especial a rural, considerando o respeito a sua cultura e hábitos para que as

ações de prevenção, promoção e educação em saúde possibilitem a emancipação desses cidadãos na conquista e garantia de sua saúde e da sua comunidade (Folder, 2003).

Em 2003 foi instituído no Ministério da Saúde (MS) um de Trabalho(GT), para discutir e elaborar uma estratégia para melhorar o acesso da população do campo aos serviços de saúde e assim favorecer o pleno desenvolvimento da cidadania.

Para subsidiar a presente proposição, a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição elaborou este documento que tem como objetivo: fazer um resgate bibliográfico e ser um instrumento de apoio para a discussão sobre a saúde e nutrição da população do campo e nortear as ações em alimentação e nutrição para este segmento da população brasileira.

## **1.0. A POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (PNAN) E A POPULAÇÃO DO CAMPO:**

A PNAN homologada em 1999, integra a Política Nacional de Saúde e tem como fundamentos a garantia e promoção da Segurança Alimentar e Nutricional e o reconhecimento da responsabilidade do Estado e da sociedade civil pela concretização do Direito Humano à Alimentação e Nutrição Adequadas com um forte componente intra e intersetorial (Ministério da Saúde, 2000).

O conceito adotado no Brasil de Segurança Alimentar e Nutricional consiste em “garantir a todos, condições de acesso a alimentos básicos seguros e de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo assim para uma existência digna em um contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana” (1ª Conferência Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável de Minas Gerais, 2001)

O Direito Humano à Alimentação Adequada é reconhecido no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, e é entendido como o direito de acesso à vida e à riqueza material, cultural, científica e espiritual produzida pelo ser humano, sem uma alimentação adequada, não há o direito à vida (Valente, 2002).

A amplitude da PNAN no contexto da Segurança alimentar e nutricional, requer um delineamento de uma política que se materializa em diferentes programas e ações de forma articulada com todos os setores no nível federal, estadual e municipal, assim como a sociedade civil organizada.

Para alcançar o propósito da PNAN e assegurar a concretização do direito humano à alimentação e nutrição adequadas são definidas as diretrizes:

- 1) Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos;
- 2) Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto;
- 3) Monitoramento da situação alimentar e nutricional;
- 4) Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;

5) Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição;

6) Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e

7) Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

No tocante aos vários segmentos específicos da população, como acampados, assentados, quilombolas, indígenas, entre outros, o acesso aos serviços de saúde (assistência e prevenção) assim como, as ações da PNAN tornam-se um grande desafio dos Gestores em todos os níveis (municipal, estadual e federal).

## **1.1. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E NUTRIÇÃO**

O estado nutricional é considerado um indicador importante na aferição das condições de saúde e de vida de uma população. No Brasil os estudos retratam a realidade atual nacional são da década de 90. Atualmente existem dados regionais e locais que nos permitem estimar e não inferir sobre o perfil de saúde e nutrição da população brasileira.

A população do campo historicamente vem sendo excluída dos estudos domiciliares por amostragem principalmente por implicarem em dificuldades logísticas e financeiras. Se o planejamento e execução de estudos desta natureza são onerosos e escassos na área urbana quando o projetamos para área rural as possibilidades de inclusão desta significativa parcela populacional nos diagnósticos de nutrição e saúde tornam-se ainda menores existindo apenas dados isolados sobre o perfil de saúde e nutrição.

### **1.1.1. SITUAÇÃO NUTRICIONAL INFANTIL NO CAMPO**

Estudos sobre a situação nutricional da população brasileira, realizado em 1974-1975 (ENDEF), 1989 (PNSN) e 1996 (PNDS), indicavam que crianças pertencentes ao estrato rural apresentavam situação nutricional mais

desfavorável do que as de estrato urbano em decorrência de piores condições de vida.

O estudo da PNSN (1989) apontava para o aspecto de fome e desnutrição como grave fator social vivido pela população brasileira. A pesquisa buscou aferir o estado nutricional da população coletando dados de peso e altura de todos as pessoas residentes nos domicílios pesquisados. A tabela abaixo demonstra a prevalência da desnutrição em crianças menores de cinco anos segundo faixa etária (PNSN,1989).

**Tabela 1 - Prevalência (%) De Desnutrição Em Crianças Menores De Cinco Anos Segundo Faixa Etária - Brasil 1989. Classificação De Gomez-Peso/Idade.**

Faixas etárias	Desnutrição leve	Desnutrição moderada ou grave	Total
0-5 meses	15,8	6.0	21.8
6-11 meses	19.7	6.7	26.4
12-23 meses	26.2	5.4	31.7
24-59.9meses	27.9	4.6	32.5
<b>Total</b>	<b>25.6</b>	<b>5.1</b>	<b>30.7</b>

Fonte PNSN-1989.

**Tabela 2- Prevalência (%) de Desnutrição em Crianças Menores de 5 Anos por Região e Situação- Brasil 1989**

REGIÃO	SITUAÇÃO	TODAS AS FORMAS	FORMAS MODERADAS E GRAVES
NORTE	RURAL	*	*
	URBANA	42,3	7,6
	TOTAL	42,3	7,6
NORDESTE	RURAL	<b>52,7</b>	<b>11,6</b>
	URBANO	39,3	7,4
	TOTAL	46,1	9,6
SUDESTE	RURAL	<b>32,6</b>	<b>3,7</b>
	URBANA	19,5	2,5
	TOTAL	21,7	2,7
SUL	RURAL	<b>20,0</b>	<b>2,0</b>
	URBANA	16,6	1,6
	TOTAL	17,8	1,7
CENTRO-OESTE	RURAL	<b>29,8</b>	<b>2,7</b>
	URBANA	24,3	2,0
	TOTAL	25,7	2,1

BRASIL	RURAL	<b>41,6</b>	<b>7,8</b>
	URBANO	25,7	3,8
	TOTAL	30,7	5,1

Fonte: PNSN 1989

Nota 2: O NORTE Rural não foi pesquisado por razões operacionais, sua grande extensão territorial e baixa densidade demográfica.

A prevalência da desnutrição em crianças menores de 5 anos por região e situação, avaliada—foi utilizando o critério de classificação de Gomez segundo peso/idade (1989), maior em todas as regiões na zona rural, dados agregados para o Brasil mostram **41,6%** de desnutrição na zona rural e **25,7%** de desnutrição na zona urbana. A região Nordeste urbana. apresentou as maiores taxas: **52,7%** na zona rural e **39,3** na zona

O estudo comparativo da prevalência da desnutrição entre crianças menores de cinco anos, examinadas pelo ENDEF –1975/76 e pela PNSN em 1989, verificou que a prevalência da desnutrição, avaliando o Brasil como um todo, teve significativa redução, embora na região Nordeste, a mais castigada, as reduções foram menos expressivas (PNSN,1989).

Com aumento progressivo das doenças crônicas não transmissíveis, existe uma preocupação quanto ao aumento crescente dos índices de sobrepeso e obesidade infantil. Isto se deve principalmente à introdução precoce e inadequada de alimentos levando a formação de hábitos alimentares não saudáveis. Porém ainda não são suficientes os estudos que abordem o sobrepeso em crianças da área rural do Brasil (Ministério da Saúde, 2002).

Segundo a PNSN (1989), as influências que podem explicar a melhoria do estado nutricional decorrem de diversos fatores. Os principais foram: as melhorias do saneamento básico, fornecimento de água, de infra-estrutura urbana e da atenção básica de saúde, entre estas, o incentivo ao aleitamento materno, a vigilância do crescimento, o diagnóstico precoce da desnutrição e a inclusão em programas de suplementação alimentar.

Estudos mais recentes e pontuais, como o realizado em um assentamento rural do estado do Rio de Janeiro, com 201 crianças e adolescentes mostram que, apesar da exposição a fatores de risco, foi

encontrado baixa prevalência de déficit nutricional no grupo estudado. Este resultado foi relacionado a presença de fatores de proteção como o acesso a serviços de saúde (Veiga e Burlandy, 2001).

Outro estudo realizado em Porto Calvo/Alagoas em residentes de invasão do Movimento Sem-Terra recém-desapropriada, diagnosticou crianças gravemente afetadas pelo nanismo, indicando que os fatores determinantes desse perfil estão relacionados à pobreza, dietas deficientes, condições ambientais e sanitárias precárias (Ferreira, H. S.; et. al. 1997).

### 1.1.2. SITUAÇÃO DO PESO AO NASCER

O peso ao nascer também é um excelente indicador do estado de saúde de uma população, sendo considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o mais importante determinante isolado das chances de sobrevivência da criança, além de ser um indicador do estado nutricional nos primeiros anos de vida (Ministério da Saúde, 2002).

**Tabela 3- Prevalência de baixo peso ao nascer (< 2500g), segundo região e situação urbana e rural. Brasil, 1989-1996.**

	PNSN-1989*	PNDS-1996**
Brasil	10,1	8,1
Brasil urbano	9,6	8,1
Brasil rural	12,3	8,2
Nordeste	12,0	7,4
Norte	12,2	7,4

\* Refere-se a crianças menores de cinco anos sobreviventes.

\*\* Refere-se a todas as crianças nascidas nos cinco anos anteriores à pesquisa.

Fonte: In Ministério da Saúde, Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, Brasília, 2002.

A prevalência de baixo peso ao nascer (menos de 2500g), no Brasil, vem diminuindo, como mostra a Tabela 3. Os valores referentes a população rural se encontra em patamares idênticos ao da população urbana. Estes valores parecem apresentar-se subestimados principalmente por que é muito comum o não registro e o desconhecimento das famílias sobre o peso de nascimento de seus filhos

Mesmo havendo a subnotificação de casos, a queda do percentual de baixo peso é robusta, porque a não notificação tende a diminuir com o tempo, fazendo com que o número seja, na verdade, mais expressivo.

### 1.1.3. SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

A amamentação é fator determinante na saúde e estado nutricional da criança. Para a mãe, a amamentação contribui para ampliar a duração da amenorréia pós-parto, aumentando o do intervalo entre as gravidezes. O leite materno contém os nutrientes que uma criança precisa durante os primeiros meses de vida, contribuindo para a redução da prevalência da diarreia e de deficiências nutricionais.

**Tabela 4- Duração Mediana da Amamentação por Estratificação Urbana e Rural.**

Residência	Amamentação/ meses	Exclusiva	Completa*
Urbana	6.7	1.3	1.4
Rural	<b>8.9</b>	<b>0.7</b>	<b>1.0</b>

Fonte: PNDS, 1996.

\*Completa: somente leite materno e/ou leite materno e água.

A amamentação exclusiva apresentou maior concentração na zona urbana, aumentando com o nível de educação, indicando que mulheres com instrução amamentam mais e com maior freqüência no lapso de 24 h.

### 1.1.4- SITUAÇÃO NUTRICIONAL INFANTIL E RENDA

A influência da renda sobre a desnutrição crônica, segundo a PNDS (1996), evidencia que, no terço mais pobre da população encontra-se a maior diferença com relação à distribuição padrão, comprovando que a concentração de crianças desnutridas é maior nas famílias com renda mensal inferior a 2 salários mínimos. A estreita relação entre desnutrição e renda sugere um estudo mais aprofundado sobre a influência entre desenvolvimento econômico, renda e nutrição, natureza, acesso, estratégias e meios de atuação e alcance do poder público.

A tabela abaixo demonstra a distribuição da desnutrição infantil para características demográficas e sócio-econômicas selecionadas.

**Tabela 5 - Desnutrição Infantil por Estratificação Rural e Urbana**

Características	Altura/idade -%		Peso/altura- %		Peso/idade -%	
	-3DP	-2DP	-3Dp	-2dp	-3dp	-2do
Urbano	1.6	7.8	0.4	2.3	0.5	4.6
Rural	<b>5.5</b>	<b>19</b>	<b>0.5</b>	<b>2.6</b>	<b>0.9</b>	<b>9.2</b>

Fonte: PNDS, 1996

A desnutrição crônica (altura/idade) concentra-se claramente na zona rural.

Comparando os três inquéritos nacionais disponíveis (1975, 1989 e 1997), observa-se uma nítida queda na prevalência de baixa estatura entre crianças menores de 5 anos de idade, entre os quartis populacionais mais pobres e mais ricos da população. Considerando os 25% mais pobres da população, a prevalência de baixa estatura era de 60,8% em 1975 e 28,8% em 1997.

A Pesquisa sobre Saúde e Nutrição (PNSN, 1989) avaliou o desempenho dos programas Federais de alimentação, sugerindo que a cobertura real dos programas é bem menor do que o desejável e necessário, não atingindo os mais excluídos. Indicando ainda que o atendimento do conjunto dos programas é maior nas regiões mais desenvolvidas e para os estratos de melhor renda.

Os dados do DATASUS referentes ao Programa Bolsa Alimentação em outubro de 2003, sobre o percentual de beneficiários por zona rural e urbana demonstra que a concentração de beneficiários encontra-se na zona urbana, onde

**65,09** % de beneficiários vivem no meio urbano e **34,91** % de beneficiários vivem na zona rural.

Em 2004, o Governo federal lança o Programa Bolsa Família que tem por objetivo unificar todos os programas do Governo Federal (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, vale gás, cartão Alimentação,) visando a dar proteção integral a todo o grupo familiar. O Programa visa estimular os familiares beneficiados a freqüentar e utilizar os serviços da rede pública de saúde e educação, oferecendo apoio e oportunidades a todos os seus membros. O valor médio do benefício é de R\$ 75,00.

A unificação dos programas visa a uma gestão mais racional da política de transferência de renda do Governo Federal, reduzir os sistemas administrativos e de controle dos programas anteriores, permitindo uma fiscalização muito mais eficiente, inclusive no controle de eventuais fraudes e desvios.

Na perspectiva de um resgate histórico encontra-se em anexo um breve histórico dos programas de suplementação alimentar que foram desenvolvidos no país em décadas anteriores.

### **1.1.5 SITUAÇÃO NUTRICIONAL DOS ADULTOS NO CAMPO: baixo peso, baixa estatura e sobrepeso e obesidade.**

#### **Baixo peso e baixa estatura:**

A população rural adulta apresentava-se com maior prevalência de baixo peso que a população urbana, e em geral para o mesmo nível de renda domiciliar mensal per capita. Estes dados podem indicar que residir na zona rural aumenta o risco de apresentar um peso abaixo dos limites considerados normais, sugerindo que o nível de atividade física é um dos fatores determinante do problema (PNSN, 1989).

**Tabela 6- Índice De Massa Corporal como Indicador da Situação Nutricional das Mães.**

Característica	Média	Porcentagem com IMC menor que 18.5(%)	Número de mulheres
Residência			
urbana	24.1	5.8	<b>2.325</b>
Rural	<b>23.6</b>	<b>7.8</b>	<b>626</b>

Fonte: PNDS, 1996.

O percentual de mulheres com IMC menor que 18.5 é maior na zona rural comparado a zona urbana.

Com relação a estatura das mulheres verifica-se que a média das residentes da população rural é menor que as residentes da população urbana. Fazendo um corte para aquelas com estatura menor que 145cm o percentual das mulheres residentes no meio rural foi superior (5.8%) ao das mulheres que vivem na área urbana (3,0%) como mostra tabela abaixo:

**Tabela 7- A Estatura como Indicador da Situação Nutricional das Mães Segundo Características Socio-Econômicas Demográficas avaliando a Média, Estatura e Porcentagem de Mulheres com Menos de 145 Cm.**

Residência	Média	% com menos 145 cm	Número de mulheres
Urbana	156.8	3.0	2593
Rural	<b>154.6</b>	<b>5.8</b>	<b>720</b>

Fonte: PNDS, 1996.

Embora a pesquisa tenha coletado dados de 720 mulheres da zona rural, representando menor número que as mulheres da zona urbana (2593), o percentual de mulheres com menos de 145 cm é maior na zona rural.

Mulheres com estatura pequena possuem maiores riscos de complicações na gestação e maiores chances de ter filhos com risco nutricional (PNDS, 1996). As mulheres da zona rural estão mais vulneráveis ,portanto, a estes riscos.

**Sobrepeso e obesidade:**

Em um país como o Brasil onde as desigualdades sociais e regionais são imensas é importante destacar que a garantia da segurança alimentar e nutricional pressupõe a necessidade de estratégias de saúde pública capazes de dar conta de um modelo de atenção à saúde e cuidado nutricional direcionados para desnutrição e sobrepeso/ obesidade, uma vez que estes 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.

O crescimento do número de casos de sobrepeso e obesidade nas últimas décadas tem revelado um quadro epidemiológico preocupante acerca do grupo de DCNT. A obesidade, integrante deste grupo, é um recente problema de saúde pública no Brasil. A população adulta brasileira vem apresentando um aumento na prevalência de excesso de peso importante. De acordo com os dados do último inquérito nacional (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, 1989), cerca de 32% dos adultos brasileiros apresentam algum grau de excesso de peso, destes 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).

Nesta análise, observamos claramente o processo de transição nutricional que revela a coexistência tanto a desnutrição como o sobrepeso, obesidade, indicando o novo perfil epidemiológico do país. Os resultados da PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996), também demonstrou que 35% das mulheres pesquisadas estavam com o IMC acima do normal e neste percentual quase 10% se enquadram na categoria de mulheres obesas.

O excesso de peso tem consequências deletérias à saúde sendo fator de risco para uma série de doenças como; diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, problemas articulares, certos tipos de câncer.

O aumento da prevalência da obesidade no Brasil se torna ainda mais relevante, ao considerar que este aumento, apesar de estar distribuído em todas as regiões do país e nos diferentes estratos sócio-econômicos da população, é

proporcionalmente mais elevado nas famílias de baixa renda. Cabe destacar que embora não existam dados científicos que descrevam o perfil nutricional atual da população do campo, na zona rural é grande a concentração de famílias de baixa renda.

Comparando os três inquéritos nacionais disponíveis (1975, 1989 e 1997), observa-se que entre os adultos do sexo masculino e feminino pertencentes aos estratos populacionais mais pobre e mais rico (último e primeiro quartis de renda) evidenciou-se a mesma tendência: nítida de redução do baixo peso acompanhado, contudo, de acréscimo significativo na prevalência de obesidade.

Estes dados evidenciam uma mudança no perfil epidemiológico nutricional da população brasileira; contudo não refletem melhoria nesse perfil. Pelo contrário, tais evidências deixam claro que a natureza da problemática alimentar e nutricional requer ações para tratar a má-nutrição, manifestada pela carência ,como pelo excesso de consumo energético e inadequação alimentar.

No Brasil, o tipo de alimento consumido na zona rural apresenta-se diferente daquele consumido na zona urbana, com relação diretamente proporcional ao poder aquisitivo ou ao nível socio-econômico. Estudos demonstram que a população urbana de baixa renda apresenta uma ingestão calórica inferior, quando comparada com a população rural, apesar de que a primeira consome proporcionalmente mais proteína e gordura animal do que a segunda. A população urbana consome maior quantidade de alimentos processados, como carnes, gorduras, açúcares e derivados do leite, em relação à área rural onde a ingestão de cereais, raízes e tubérculos é a mais elevada.

Frente aos alarmantes dados epidemiológicos de ascensão do sobrepeso/ obesidade em nível mundial a OPAS/OMS elaborou uma proposta de **Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade física e Saúde** que se mostra como uma oportunidade singular para a formulação e implementação de uma linha de ação efetiva para reduzir substancialmente as mortes e doenças em todo o mundo.

Essa estratégia para redução das doenças crônicas não transmissíveis deve ser considerada *parte* de um grande esforço em alimentação, atividade física e saúde pública, devendo priorizar as comunidades menos socialmente privilegiadas. Ressalta a necessidade de avaliação, monitoramento e vigilância como componentes essenciais nas estratégias e ações nacionais. Recomenda a sensibilidade para as questões de gênero, para a adaptação cultural e capacidade de desafiar influências culturais e responder por mudanças ao longo do tempo.

A proposta da Estratégia Global pressupõe que para modificar os padrões de alimentação e de atividade física da população são necessárias estratégias sólidas e eficazes acompanhadas de um processo de permanente vigilância e de avaliação de impacto das ações planejadas. A OMS e os governos não podem atuar isoladamente para a prevenção e controle das DCNT. Para assegurar progressos sustentáveis é fundamental conjugar esforços, recursos e atribuições de outros atores envolvidos no processo como outros organismos internacionais, sociedades científicas, grupos de defesa do consumidor, movimentos populares, pesquisadores e o setor privado. As ações da estratégia global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade física e Saúde pode subsidiar uma das maiores e mais potentes propostas mundiais de promoção da saúde.

O Ministério da Saúde brasileiro vem acompanhando este processo de formulação da Estratégia além do Brasil ainda estar representado no grupo de especialistas consultores do OMS para a elaboração desta. Neste contexto é importante destacar que a CGPAN/MS já reúne uma série de ações desenvolvidas na perspectiva da Promoção da Alimentação Saudável que vem de encontro com os objetivos e proposições da OMS.

Enfatizamos que, desde 1999, a PNAN vem consolidando suas diretrizes, muitas das quais referendadas pelo documento final da Estratégia Global, desenvolvendo propostas e articulações intersetoriais necessárias para a promoção de modos de vida saudável

## 2.1. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA DA POPULAÇÃO ADULTA RESIDENTE NO CAMPO

### 2.1.1. NÍVEL DE ESCOLARIDADE

As tabelas abaixo resumem o nível de instrução da população rural e urbana segundo a PNDS-1996.

**Tabela 8- Nível De Instrução Da População Por Domicílios: População Masculina**

Característica	Nenhum	Pré-escolar	1-3 anos	4 anos	5-8 anos	9-11 anos	12 ou mais	Numero mediano de anos estudados
urbano	8.6	4.0	22.9	14.9	28.0	14.9	5.5	4.9
Rural	<b>21.8</b>	<b>7.0</b>	<b>34.9</b>	<b>15.9</b>	<b>15.2</b>	<b>2.9</b>	<b>0.6</b>	<b>2.6</b>

Fonte: PNDS, 1996

**Tabela 9- Nível De Instrução Da População Feminina Por Domicílios**

Característica	Nenhum	Pré-escolar	1-3 anos	4 anos	5-8 anos	9-11 anos	12 anos	Número mediano de anos estudados
Urbano	9.8	3.5	21.5	14.7	27.3	16.6	5.8	5.0
Rural	<b>20.1</b>	<b>6.7</b>	<b>34.1</b>	<b>17.3</b>	<b>15.4</b>	<b>4.7</b>	<b>0.9</b>	<b>3.1</b>

Fonte: PNDS, 1996

Observa-se no resultado das pesquisas por área de residência que na área urbana a porcentagem de pessoas com cinco anos de estudo ou mais é muito maior que na zona rural. O número de pessoas (homens e mulheres) sem nenhuma instrução é muito maior na zona rural comparado à zona urbana.

Na área rural a escolaridade é significativamente menor que na área urbana, apontando a falta de acesso a serviços públicos como escolas nesta referida área.

O quadro abaixo ilustra um pouco da diferença relativa a disponibilidade de profissionais de saúde na atenção pré-natal.

**Tabela 10-Assistência Pré-Natal Por Características Seleccionadas para Zona Urbana e Rural.**

Características	Medico	Enfermeiro	Parteira	Sem pré natal/nã o lembra	Não respondeu	Total	Numero
Urbano	88.0	3.4	0.0	7.6	1.0	100.0	3605
Rural	<b>61.2</b>	<b>6.6</b>	<b>0.3</b>	<b>30.3</b>	<b>1.7</b>	100.0	1177

Fonte: PNDS, 1996.

### **3.0. DISTÚRBIOS NUTRICIONAIS: SITUAÇÃO REFERENTE A CARÊNCIA DE MICRONUTRIENTES**

#### **3.1. ANEMIA FERROPRIVA**

No Brasil, a anemia ferropriva apresenta uma elevada prevalência, com frequência modal entre 40 a 50% em menores de 5 anos e de 30 a 40% em gestantes (Batista Filho, 1999). Anemia representa ,em termos de magnitude, o principal problema carencial do país, aparentemente sem grandes diferenciações geográficas, afetando em proporções semelhantes, todas as macrorregiões (Batista Filho, 1999; Osório 2000; Santos 2002a). Um dado importante é que se verifica uma tendência temporal de aumento da prevalência de anemia como pode ser visto em estudo realizados em algumas localidades como Paraíba com-aumento de 88% em dez anos e 46,9% em São Paulo.

Em estudo realizado com crianças de áreas rurais do estado de Pernambuco (Lira et al, 1985) verifica-se uma prevalência de 38.9% de anemia em menores de 6 anos.

#### **3.2. HIPOVITAMINOSE A NA POPULAÇÃO RURAL**

Não se dispõe de estudos representativos que possam estimar o quadro epidemiológico da hipovitaminose A. A análise de algumas informações

sobre o assunto, sugere que a deficiência persiste com características endêmicas em vários espaços do território nacional (Santos 2002b).

No Brasil, o Nordeste está identificado como uma das áreas de carência de vitamina A mais importante. Alguns estados desta região mostram, em levantamentos bioquímicos, taxas de prevalência de retinol sérico abaixo de 20mcg para mais de 40% da população infantil. Além do Nordeste, são consideradas endêmicas no Brasil o Vale do Jequitinhonha, no Estado de Minas Gerais, e o Vale do Ribeira, no Estado de São Paulo.

É possível que a hipovitaminose A ocorra, em níveis importantes, em outras regiões do País que não tenham sido ainda estudadas, tais como bolsões de pobreza espalhados por todo o País, principalmente nas áreas periféricas das grandes cidades e nas zonas mais pobres do meio rural.

Dentre as medidas de combate à deficiência de vitamina A, destaca-se a suplementação com doses maciças de vitamina A em intervalos regulares, a educação da comunidade para o aumento do consumo de alimentos ricos em vitamina A, muitos deles de custo bastante acessível mesmo para populações carentes, e a promoção do aleitamento materno (Portaria 2.160 de 29/12/94).

### **3.3. CARÊNCIA POR DEFICIÊNCIA DE IODO**

Atualmente indica-se que a deficiência por carência de iodo no Brasil está sob controle. Ocorrências de bócio palpável ou visível foram reduzidas significativamente segundo levantamentos efetuados em 1994-1995 (Correa Filho, 1997).

A deficiência de iodo é a causa mais comum e prevenível do retardo mental e danos cerebrais no mundo<sup>11</sup>. Crianças com deficiência de iodo podem crescer apáticas, com retardo mental, incapazes de se movimentar normalmente, podem desenvolver surdo-mudez e cretinismo; nas grávidas pode causar nascimento de natimortos e crianças com baixo peso.

Há cerca de cinquenta anos o Brasil possui ações efetivas de combate aos distúrbios causados pela deficiência de iodo através da fortificação do sal. Em 1953 foi determinada obrigatória a iodação do sal nas áreas de bócio

endêmico; em 1955 foi realizado o primeiro Inquérito Nacional que apresentou prevalência de 20,7% de bócio entre os escolares. e em 1956 foi determinada obrigatória a iodação do sal em todo o território nacional;. Em 2000 um estudo identificou uma importante diminuição desta prevalência de bócio que foi de 1,4%, valor bem abaixo do limite máximo de 5% determinado pela OMS. Estes resultados ilustram que as ações desenvolvidas nesta última metade de século foram efetivas no combate ao bócio endêmico no país.

A CGPAN é a integrante da Comissão Interinstitucional para o Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo (DDIs). Na VIII Reunião Ordinária desta Comissão ficaram definidos alguns encaminhamentos para reforçar a necessidade do consumo humano de sal iodado. Foram estes :

- veiculação de mensagens sobre a importância de rotulagem de sal para consumo humano, mensagens educativas sobre a importância do uso de sal iodado para o consumo humano e instrumentalização dos agentes comunitários de saúde com materiais educativos sobre a importância do consumo de sal iodado para o controle das DDIs.

- a realização de um Seminário de sensibilização do setor salineiro para a iodação do sal para consumo humano, a ser promovido pela SIMORSAL e realizado

O Ministério da Saúde destacou o papel do estado na defesa dos brasileiros e a importância da Comissão e das ações do Ministério da Saúde, como, por exemplo, a rotulagem nutricional no sentido de pautar o direito de escolha do cidadão e que pode disponibilizar diversos canais já estabelecidos na instituição, como o Disque-saúde para divulgar informações importantes para a comissão.

Estes encaminhamentos reforçam as ações de promoção da saúde e segurança alimentar e a prevenção da DDIS no Brasil.

#### **4.0. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

Os dados em relação à saúde e nutrição da população do campo apresentam-se de forma pontual. Porém, podem servir de base para delinear o perfil nutricional e definir ações.

As pesquisas de âmbito nacional que incluam a população urbana e rural são complexas e demandam uma estrutura operacional para sua viabilidade, além de requerer uma alta soma em recursos financeiros, humanos, nem sempre disponíveis ou priorizados.

Este diagnóstico poderá auxiliar no direcionamento e ajuste das políticas públicas voltadas direta ou indiretamente para a promoção da saúde e nutrição de todos.

Sendo assim é importante que sejam realizadas mais pesquisas que possam atualizar os dados da população em geral, e principalmente, a do campo, em relação ao estado nutricional e condições de saúde.

No âmbito da Segurança Alimentar e Nutricional e pelo caráter intersetorial e/ou transversal, diversos aspectos da realidade social devem ser abordados e analisados simultaneamente, estabelecendo as devidas correlações: saúde, nutrição, educação, trabalho e renda, habitação, saneamento, acesso à água, aos serviços de saúde, agricultura, e abastecimento, estes são temas que contribuem na avaliação de saúde e nutrição da população.

Nesse contexto, uma política de segurança alimentar e nutricional permitiria articular ações integradas ao conjunto da sociedade como um todo, tanto para quem mora na área urbana ou na área rural.

As propostas da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição, integrante do GT do Ministério da Saúde que vem discutindo uma estratégia de ação para a melhoria das condições de saúde da população do campo estão descritas no Anexo 1.

Para a população do campo o maior desafio é assegurar a sua cidadania, no campo. É necessário que a pessoa que vive no meio rural não seja estigmatizada por esta condição rural e que não precise deixar o campo para ser reconhecido como cidadã plena (Wanderley, 2003).

Pelo acima exposto, é fundamental buscar estratégias de inclusão capazes de garantir o acesso da população do campo aos serviços de saúde. O SUS através de seus princípios de universalidade, integralidade e equidade precisa criar mecanismos capazes de dar conta de um modelo de atenção que enfrente as desigualdades demográficas e regionais tentando modificá-las. A melhora das condições de vida no campo pode ser um importante estímulo para fixação das famílias no campo e a conseqüente diminuição do êxodo rural.

O atual governo assumiu como compromisso a garantia da segurança alimentar e nutricional para o povo brasileiro. Neste enfoque, aliada à perspectiva de criar condições de um desenvolvimento sustentável para as famílias do campo, a garantia de acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade do SUS, pode contribuir efetivamente para a melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida desta população.

## **ANEXO 1**

O quadro abaixo apresenta em linhas gerais as articulações, propostas e ações de acordo com cada diretriz da PNAN:

DIRETRIZ	PARCERIA/ARTICULAÇÃO	PROPOSTA/AÇÃO
Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos	CIAN (Comissão Interstitucional de Alimentação e Nutrição do Conselho Nacional de Saúde) .	Articulação e fortalecimento de ações de alimentação e nutrição no Conselho Nacional de Saúde <sup>1</sup> .
	Comissão Interministerial do Programa Nacional de Alimentação Escolar	Estímulo à compra da produção local da agricultura familiar e de assentamentos;
		Promoção da alimentação saudável baseada na valorização de alimentos regionais, baixo custo e de qualidade;
	Programa Fome Zero - MESA	Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional dos Agricultores
Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviço neste contexto	ANVISA	Capacitações e informação e recrudescimento de fiscalização nas cidades de pequeno porte.
	Comissão Interinstitucional para controle dos distúrbios por deficiência de iodo	Controlar a carência de iodo: - Identificar bolsões de alta prevalência; -Capacitação de ESF, ACS e lideranças dos Movimentos Sociais; - Construção de protocolo de ação de prevenção, promoção e reabilitação para auxiliar nas ações das equipes de saúde da família.
	Compromisso social para a redução da anemia por carência de ferro	Fortalecer a valorização dos alimentos regionais para a alimentação saudável no ciclo de vida. Ação intra-setorial para o controle das parasitoses

<sup>1</sup> Conselho Nacional de Saúde é um órgão deliberativo e de controle social do Sistema Único de Saúde

		Ação intra e inter-setorial visando melhoria de condições de saneamento básico e ambiental
Monitoramento da Situação Alimentar e Nutricional	Monitoramento do beneficiários do program Bolsa Família. MDS e Combate a Fome	Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)
Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis	Intrasetoriais: ESF e PACS Saúde da Criança Saúde da Mulher Saúde do Adolescente Saúde do Idoso Saúde do Trabalhador Intersectoriais: MDS e Combate à Fome Ministério da Educação Ministério da Cultura Ministério da Pesca Ministério da Agricultura Casa Civil MDA Ministério dos Esportes	Promoção da alimentação e estilos de vida saudáveis: Incentivo ao aleitamento materno Práticas adequadas de introdução de alimentação complementar Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas. Resgate de hábitos e práticas alimentares regionais Fomento a produção de alimentos regionais Resgate divulgação de receitas tradicionais e saudáveis Elaboração de folhetos sobre alimentos regionais fontes de nutrientes por região Incorporação de temas alimentares e nutricionais no currículo escolar Reprodução do “Alimentar mentes para combater a fome” Rotulagem Nutricional para propiciar consulta do consumidor sobre os alimentos. Elaboração da proposta brasileira da Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde.

Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição	Programa Bolsa-Família	Garantir cadastro por meio do Bolsa-alimentação
		Fomento à realização de ações básicas de saúde
		Co-responsabilidade do gestor municipal de saúde e co-responsabilidade das famílias
	Comissão Interinstitucional para o controle dos distúrbios por deficiência de iodo	Programa nacional de iodação universal do sal
		Prevenção e controle da Hipovitaminose A e Anemia Ferropriva Monitoramento da hipovitaminose A e anemia ferropriva para identificação precoce
		Promoção da alimentação saudável para prevenção de doenças Crônicas não transmissíveis (obesidade, diabetes, hipertensão, osteoporose) desnutrição, anemia e outras doenças por deficiência de micronutrientes.
Promoção de linhas de investigação	Intra-setorial: DECIT	PNDS/2004
	Inter-setorial UNICAMP MESA Observatório de SAN da UNB	Pesquisa de avaliação da insegurança alimentar
Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos	Inter e intrasetorial: SEGETS MESA ME Mpesca Movimento Social	Alimentos regionais Alimentação saudável DHAA e SAN Prevenção de Carências nutricionais VAN

## **ANEXO 2**

### **BREVE HISTÓRICO DOS PROGRAMAS DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR E TRANSFERÊNCIA DE RENDA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

A partir do final da década de 30, com medidas do Governo Vargas, tais como a definição do salário mínimo vinculado a uma cesta básica e a criação do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS). De lá para cá a questão da Alimentação e Nutrição vem sendo tratada no âmbito das Políticas Sociais e Compensatórias, em grande parte com medidas de caráter assistencialista.

No início da década de 70, a criação do INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (INAN) teve como finalidades básicas, assistir o Governo na formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, inclusive quanto à educação nutricional, elaborar e propor ao Presidente da República o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição – PRONAN, promover sua execução, supervisionar e fiscalizar sua implementação, avaliar os resultados e, se necessário, propor sua revisão.

A filosofia do PRONAN II era de buscar interferir na realidade econômica a partir da implementação de programas da área social. Envolveva componentes de apoio e estímulo ao pequeno produtor agrícola, programa de alimentação do trabalhador, programas de suplementação alimentar, incluindo a merenda escolar, combate às carências nutricionais específicas, apoio à capacitação de recursos humanos e a realização de pesquisas..

Neste contexto foram implementados cerca de nove programas, seis dos quais sob a gestão direta do INAN:

**Programa de Nutrição em Saúde (PNS)**, consistindo na distribuição de alimentos in natura, cobrindo 45% das necessidades nutricionais diárias para crianças, gestantes e nutrízes .

A partir de 1985 passou a ser denominado **Programa de Suplementação Alimentar (PSA)**, redefiniu sua clientela e fortaleceu a articulação com ações de saúde.

**Programa de Alimentos Básicos em Áreas de Baixa Renda (PROAB)** que abastecia os pequenos varejistas de regiões carentes, com alimentos básicos a preços reduzidos.

**Programa de Racionalização da Produção de Alimentos Básicos (PROCAB)** que comprava os alimentos básicos diretamente ao produtor para os programas do PRONAN, através da Companhia Brasileira de Alimentos ( à época, COBAL).

**Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno.**

**Programa de Combate às Carências Nutricionais Específicas**, incluindo a prevenção e tratamento do bócio endêmico, da hipovitaminose A, da anemia ferropriva e da cárie dental.

**Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN** que teve um modelo testado em Pernambuco, com indicadores biológicos, sócio econômicos e demográficos , não tendo chegado a ser implantado.

Três programas ficaram sob a coordenação de instituições diversas:

**Programa Nacional de Alimentação Escolar ( PNAE) e Programa de Alimentação dos Irmãos dos Escolares (PAIE)** sob a coordenação da Fundação de Assistência ao Estudante (FAE/MEC), distribuindo merenda escolar para os escolares de 7 a 14 anos matriculados em escolas públicas ou filantrópicas. Em 1986, foi acrescentado o **PAIE** estendia a distribuição para os irmãos de escolares beneficiários da merenda escolar. A partir de 1977, foi criado o **Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT)**, a cargo do Ministério do Trabalho, e consistia no fornecimento de refeições aos trabalhadores pelas empresas, mediante incentivo fiscal.

**Programa de Alimentação Popular (PAP)** implantado em 1985 pelo Ministério da Agricultura, como uma expansão do PROAB, sem o subsídio.

Pelo menos quatro outros programas de alimentação foram desenvolvidos no período:

**Programa de Complementação Alimentar (PCA)**, em 1976, sob a coordenação da extinta Legião Brasileira de Assistência (LBA) distribuía alimentos formulados, através de clubes, igrejas e associações comunitárias, para crianças carentes e suas famílias. A partir de 1986, os formulados foram substituídos por alimentos in natura e foi incluído o acompanhamento de saúde do grupo materno infantil.

**Programa Nacional do Leite para as Crianças Carentes (PNLCC)**, em 1985, coordenado pela Presidência da República, através da Secretaria Especial de Ação Comunitária, garantia a obtenção de um litro de leite por dia para cada criança menor de 7 anos de famílias carentes, mediante a apresentação de cupons.

**Rede SOMAR.** criada pela COBAL, abastecia os pequenos varejistas com 600 itens a baixo custo.

A visão defendida pelo PRONAN II foi inovadora, na época, mas enfrentou a profunda insensibilidade da área econômica, nunca tendo sido apoiados, principalmente pela não liberação dos recursos necessários à expansão dos programas sociais.

O **PRONAN II** chegou a assistir a cerca de 32 milhões de beneficiários/ano através de seus diversos componentes, tornando-se um dos mais extensos programas de alimentação e nutrição de todo o mundo.. Todavia, a falta de comprometimento no tratamento das questões sociais que caracterizou a gestão política e econômica do país nas últimas décadas, inverteu prioridades e levou a contínuos cortes orçamentários e o sistemático descumprimento do cronograma de desembolso do orçamento dos diversos programas sociais.

Em 1989, havia 12 programas de alimentação e nutrição no país, reconhecendo-se, todavia, a existência de superposições e paralelismos. O início

do governo Collor caracterizou-se ,pela desestruturação das equipes técnicas, extinção ou enfraquecimento de órgãos e dos programas da área.

Em 1993, após o impeachment do presidente Collor, as denúncias apresentadas pelos Mapas da Fome I II e III, elaborados pelo IPEA, bem como a grande pressão social exercida pelo movimento civil **A Ação da Cidadania contra a Fome e a Miséria pela Vida**, definiu-se a retomada da ação do estado na área social , mobilizando-se governo e sociedade no combate à fome e à miséria. Foi criado o **Conselho Nacional de Segurança Alimentar – CONSEA** que definiu como prioridades a geração de emprego e renda, democratização da terra e o assentamento de produtores rurais, o combate à desnutrição materno-infantil, a utilização de estoques públicos para programas sociais de alimentação , o **Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos – PRODEA** e a revisão do **PAT**.

Em relação aos programas desenvolvidos pelo INAN, foi definida como prioridade em sua estratégia o combate à desnutrição materno infantil, com a criação do **Programa de Atendimento ao Desnutrido e Gestantes em Risco Nutricional – Leite é Saúde**, em 1993, executado pelo Ministério da Saúde., através do INAN, com um quadro técnico extremamente reduzido e incapaz de manter sequer as articulações institucionais indispensáveis ao desenvolvimento do trabalho.

Este programa era executado mediante a realização de convênios diretamente com os municípios e beneficiava as crianças e gestantes desnutridas, mediante estimativas do modelo preditivo pelo NUPENS da Universidade de São Paulo (professores Carlos Monteiro e Maria Helena Benício). As quantidades de leite e óleo eram adquiridas pelas prefeituras municipais, obedecendo às quantidades indicadas pelo INAN para cobrir as necessidades energéticas e protéicas das crianças e gestantes consideradas em risco nutricional, bem como os irmãos daquelas crianças, na faixa etária de até 5 anos de idade. (contatos).

Com a extinção do INAN, em 1998, o programa passou a ser administrado pelo Ministério da Saúde, optando pela transferência de recursos

financeiros diretamente do Fundo Nacional aos Fundos Municipais de Saúde, ao invés do repasse por meio de convênios, como feito até então.. Assim, os recursos financeiros transferidos pelo FNS por meio do Piso de Atenção Básica – PAB foram acrescidos de um percentual relacionado com o número de crianças em risco nutricional, (diagnosticadas ainda pelo Modelo Preditivo,) o chamado INCENTIVO que no caso era o **ICCN – INCENTIVO AO COMBATE ÀS CARENCIAS NUTRICIONAIS** .Parte fixa desse Incentivo destinava-se à aquisição de leite e óleo e uma parte, variável , deveria ser utilizada para outras ações epidemiologicamente relevantes para os municípios..

O aprimoramento da estratégia de combate às carências nutricionais, com a instituição do Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à Saúde - Bolsa-Alimentação, pela Medida Provisória Nº 2.206 de agosto de 2001, implicou a substituição do ICCN pelo Bolsa-Alimentação à medida que ocorria a adesão e qualificação dos municípios. O art. 16, §1º, da MP 2.206/01, prescreve que, com o início dos pagamentos da Bolsa-Alimentação, são encerrados os repasses do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde relativos ao Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais.

Os municípios qualificados no ICCN receberam recursos desta ação, para o combate à desnutrição, até dezembro de 2002, conforme previsto na Portaria GM/MS 1920/2002. A partir de janeiro de 2003, o Bolsa-Alimentação é o Programa exclusivo do Ministério da Saúde para essa categoria de ação.

O Programa Bolsa Alimentação foi um programa implementado pelo Governo Federal e financiado com recursos da União, sob coordenação e responsabilidade do Ministério da Saúde, que visava promover as condições de saúde e nutrição de gestantes, nutrizes e crianças de 6 meses a 6 anos e onze meses de idade, em risco nutricional, pertencentes a famílias com renda mensal per capita de até R\$ 90,00 (noventa reais). Consistia no repasse mensal de um valor financeiro que varia entre R\$ 15,00 a R\$ 45,00 vinculado ao cumprimento de uma Agenda de compromissos por parte dos beneficiários.

Concebido com enfoque na abordagem dos direitos humanos, o Programa, além de ser uma obrigação do Estado, preconiza que todos têm

responsabilidades na sua implantação e implementação. A responsabilidade do gestor municipal consiste naquela que lhe é inerente enquanto gestor local do Sistema Único de Saúde (SUS): providenciar a estrutura administrativa para a implementação do Programa, inclusive uma equipe mínima, preferencialmente sob a coordenação de um profissional nutricionista, que usufrua de apoio e autonomia administrativa para execução de suas atividades, além de garantir a oferta e a qualidade das ações básicas de saúde requeridas para o acompanhamento dos beneficiários e avaliação do impacto do Programa Bolsa - Alimentação, além de facilitar o acesso da população a esses serviços e ações.

Aos beneficiários cabia o cumprimento da Agenda de Compromissos. A cada ida do beneficiário ao Estabelecimento de Assistência à Saúde, ou nas visitas da Equipe dos Programas Saúde da Família ou de Agentes Comunitários da Saúde, os profissionais de saúde anotam as ações de saúde realizadas. Através destas informações e da utilização de outros instrumentos (Cartão de Saúde da Gestante e o Cartão de Saúde da Criança), eram avaliados o impacto das ações sobre a saúde e nutrição; a adesão do beneficiário ao Programa, bem como a necessidade de sua permanência como beneficiário, após o tempo mínimo estabelecido. Vale lembrar que, em consonância com as estratégias da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, o Estado, a sociedade e os indivíduos compartilham da responsabilidade pela melhoria do estado nutricional da população. As exigências que compunham a Agenda de Compromissos tinham por finalidade melhorar as condições de saúde e nutrição dos próprios beneficiários.

Com o mesmo princípio do Bolsa Alimentação foi criado em 2004 o Bolsa Família . O Programa visa estimular as familiar beneficiadas a freqüentar e utilizar os serviços da rede pública de saúde, educação e de assistência social, oferecendo apoio e oportunidades a todos os seus membros. O valor médio do benefício repassado é de R\$ 75,00.

A unificação dos programas (Bolsa Escola ,Bolsa Alimentação, auxílio gás , cartão Alimentação,) tem como objetivo uma gestão mais racional da política de transferência de renda do Governo federal, reduzir os sistemas administrativos e de controle dos programas anteriores, permitindo uma

fiscalização muito mais eficiente, inclusive no controle de eventuais fraudes e desvios.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Brasil. **Indicadores sócio-econômicos ,demográficos e estado nutricional de crianças e adolescentes residentes em um assentamento rural do Rio de Janeiro.** Cadernos de saúde Pública-v17 n.6 rio de janeiro nov./dez 2001
- 2) Brasil. **Estado nutricional de crianças menores de dez anos residentes em invasão do Movimento dos Sem-Terra, Porto Calvo, Alagoas .** Cadernos de Saúde Pública v 13 n.1 Rio de janeiro An/ mar.1997
- 3) Brasil. Ministério da Saúde – INAN. **Condições Nutricionais da População Brasileira: adultos. Idosos.** Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição.
- 4) Brasil. **A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais.** Cad. De Saúde Pública v 19 supl.1 Rio de Janeiro 2003. Malaquias B.
- 5) Revista Democracia Viva nº 16- maio 2003/jun 2003.
- 6) Valente, Flavio Luis Schiek. **O Direito à alimentação.** In: Extrema pobreza no Brasil. **A situação do direito à alimentação e moradia adequada.** Org: Jayme Benvenuto Lima Jr e Lena Zetterström. Edições Loyola, São Paulo: 2002.
- 7) Ministério da Saúde. **Política de alimentação e nutrição.** Brasília, 2000.
- 8) Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos.** Brasília, 2002.
- 9) WANDERLEY, Maria de Nazareth Baudel. **Chiers du Brésil Contemporain.** N. 51/52, 2003.
- 10) VALENTE, Flavio Luis Schiek. **A operacionalização do direito humano à alimentação no Brasil: uma coletânea de documentos relevantes.** Mimeo. Brasília, 2003.
- 11) Mi, Pamn. **Sharing risk and reward.** 1995
- 12) ICCIDD, UNICEF, WHO. **Assesment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring their Elimination.** 1999.
- 13) Monteiro CA. (org) **Velhos e novos males da Saúde Pública no Brasil: a evolução do país e de suas doenças.** São Paulo: Hucitec/Nupens/USP; 2001.433p.
- 14) Heijblom, GS. **Fortificação e legislação do sal para consumo humano e a prevalência de bócio no Brasil.** In: Anais: XVII Congresso Brasileiro de Nutrição. Porto Alegre, Brasil, 2002
- 15) VALENTE, Flavio Luiz Schieck. **Inserção de componentes de alimentação e Nutrição nas políticas governamentais e na estratégia nacional de desenvolvimento.** Relatório Final para Organização das Nações Unidas para a agricultura e alimentação – FAO , Fev. 1996.
- 16) **Pinheiro, ARO; , Freitas, SFT; Corso, ACT.** Uma abordagem Epidemiologica da Obesidade. *Revista de Nutrição*, 17: 4, 2004 (no prelo).