



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

de Souza, Nathália Paula; Cabral de Lira, Pedro Israel; Fontbonne, Annick; de Lima Pinto,
Fernanda Cristina; Pessoa Cesse, Eduarda Ângela

A (des)nutrição e o novo padrão epidemiológico em um contexto de desenvolvimento e
desigualdades

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 7, julho, 2017, pp. 2257-2266

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63051952018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A (des)nutrição e o novo padrão epidemiológico em um contexto de desenvolvimento e desigualdades

(Mal)nutrition and the new epidemiological trend in a context of development and inequalities

Nathália Paula de Souza ¹
 Pedro Israel Cabral de Lira ²
 Annick Fontbonne ³
 Fernanda Cristina de Lima Pinto ²
 Eduarda Ângela Pessoa Cesse ¹

Abstract *The current context of intense social, economic and political transformations has contributed to changes in the health profile of the population and generated discussions about the impact of these changes on the reorganization of society. At the present moment, the increase in non-communicable illnesses and diseases raises major concerns about the paradox of malnutrition and obesity. Based on an in-depth reading and interpretation of texts, documents and databases, this article discusses issues related to nutrition, considering the dimensions of shortages and excesses, the evolution of nutrition over time, and the connection with the new epidemiological trend. We begin with a conceptual characterization, the historical background and the anthropological connections with the guiding theme of the article. We then describe the prevalence, distribution and secular trend of malnutrition and obesity, as well as the temporal relationship with the new epidemiological trend in Brazil within a context of development and inequalities. Finally, we reflect on the issue of (mal) nutrition in post-modernity, the new interests at stake in the health-disease process, as well as international experiences and strategies of partnerships designed to overcome these problems. We conclude by discussing some current advances and challenges in relation to the complexity and speed of contemporary changes.*

Key words *Nutritional transition, Inequality, Development, International cooperation*

Resumo *O atual contexto de intensas transformações sociais, econômicas e políticas tem contribuído para as mudanças no perfil de adoecimento da população e gerado discussões acerca de seus impactos na reorganização da sociedade. Atualmente, o aumento de doenças e agravos não transmissíveis impulsiona inquietudes quanto ao paradoxo da coexistência entre desnutrição e obesidade. A partir da leitura e interpretação de textos, documentos e banco de dados, este artigo discute os aspectos relacionados à nutrição, contemplando as dimensões de escassez e excessos, sua evolução ao longo do tempo, além da conexão com o novo padrão epidemiológico. Iniciamos com a caracterização conceitual, a historicidade e a interface antropológica do tema norteador. Em seguida, descrevemos a prevalência, a distribuição e a tendência secular da desnutrição e da obesidade, além das relações temporais com o novo padrão epidemiológico no Brasil em um contexto de desenvolvimento e desigualdades. Trazemos ainda uma reflexão acerca da (des)nutrição na pós-modernidade, os interesses e os interessados no processo saúde doença, assim como experiências internacionais e estratégias de cooperação solidária. Concluimos com alguns avanços e desafios atuais diante da complexidade e velocidade das mudanças contemporâneas.*

Palavras-chave *Transição nutricional, Desigualdade, Desenvolvimento, Cooperação internacional*

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz. Av. Professor Moraes Rego s/n, Cidade Universitária. 50740-465 Recife PE Brasil. n.paula.souza@gmail.com

² Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco. Recife PE Brasil.

³ UMR 204 Nutripass, IRD, SupAgro, Université Montpellier. Montpellier França.

Introdução

Este artigo pretende esclarecer aspectos relacionados à nutrição, contemplando as dimensões de escassez e excessos, e sua evolução ao longo do tempo, além de sua conexão com o novo padrão epidemiológico do Brasil. Para fins didáticos, o mesmo foi dividido em quatro seções que se complementam em uma tentativa de abordagem integral do tema, que parte de conceitos e fundamentos históricos até a sociedade contemporânea.

Para delinear a evolução do perfil alimentar e nutricional e tecer as possíveis redes e relações entre si partiu-se das referências de Josué de Castro e seus intérpretes, além de publicações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para caracterizar o período anterior à 1970. De 1970 até 1990 utilizou-se o Estudo Nacional da Despesa Familiar (Endef)¹, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN)² e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS)³, para caracterizar as três décadas em questão, respectivamente. E finalizou-se a evolução temporal com os dados referentes ao início do século XXI, utilizando-se como fontes a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de mulheres e crianças (PNDSM)⁴, além da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)⁵.

As reflexões acerca da (des)nutrição na pós-modernidade foram desenvolvidas a partir de uma tríade proposta por Lefevre e Lefevre⁶ para a compreensão do processo saúde/doença dentro de uma lógica de mercado. Segue-se descrevendo alguns problemas de saúde coletiva provenientes do desequilíbrio dessa tríade, experiências internacionais e nacionais que tentam priorizar as necessidades individuais e coletivas em detrimento das exigências mercadológicas, além de iniciativas solidárias entre países como a Cooperação Sul-Sul (CSS).

(Des)nutrição: aspectos conceituais, históricos e antropológicos

A abordagem da desnutrição no Brasil passa a evolução e o desenvolvimento social, político e econômico do próprio país. Por isso, é inevitável não retomar a contribuição pioneira e visionária do pernambucano Josué de Castro, que rompeu com a “conspiração do silêncio” que permeava a temática da “fome” entre as décadas de 1940 e 1950 e auxiliou na compreensão da problemática em todas as suas dimensões e naturezas, ao conjugar aspectos biológicos, antropológicos, socioeconômicos e políticos.

Josué de Castro foi apresentado à fome, segundo o mesmo, nos mangues e bairros miseráveis do Recife. O autor retrata em seu clássico *Geografia da Fome* as características que envolvem essa temática nas diversas regiões do país, as quais divide em Amazônia, nordeste açucareiro, nordeste seco, centro-oeste e sul. Em meados de 1940, a fome, endêmica e epidêmica, foi identificada nas três primeiras regiões e a desnutrição em todas elas.

Para situar o leitor faz-se importante esclarecer a natureza distinta e conceitual de alguns termos já usados por autores clássicos, como Josué de Castro, mas ainda polêmicos na literatura. Desnutrição, fome e pobreza costumam ser utilizados como sinônimos e, na verdade não o são. Monteiro⁷ conseguiu descrever, em um ensaio, as diferenças existentes entre esses termos, por isso adotaremos essa ótica conceitual para direcionar as inter-relações nesta primeira parte do texto.

Para o autor, a pobreza constitui a dimensão mais ampla e corresponde a não satisfação de necessidades básicas como alimentação, moradia, lazer, vestuário, saúde, educação e outras. É comumente mensurada através da renda para alcançar as necessidades elementares citadas e quando abaixo da linha da pobreza, ou seja, nível crítico de renda, famílias e indivíduos são consideradas pobres. O termo “indigência” pode ser empregado quando o cálculo da linha da pobreza considera apenas os custos familiares com a alimentação.

Ainda para Monteiro⁷ a fome pode se manifestar de forma aguda ou crônica. A fome aguda equivale a ausência do alimento e, por isso, pode se manifestar na magreza. Enquanto que a fome crônica, maior interesse desta reflexão, corresponde a oferta insuficiente de energia e nutrientes para desempenho das atividades cotidianas e por isso pode se manifestar como desnutrição energética ou energético-proteica crônica. A mensuração direta da fome é de difícil operacionalização e por isso predominam os métodos indiretos. No Brasil, a pesquisa que mais se aproximou dessa perspectiva foi o Estudo Nacional da Despesa Familiar (Endef), que avaliou o consumo familiar por meio de pesagem dos alimentos, da renda, além do estado nutricional.

As diversas modalidades de deficiências nutricionais ou a ausência de elementos importantes na alimentação podem ser entendidas como desnutrição. Esta se manifesta na forma de doenças que podem ter origem no aporte alimentar insuficiente, tanto quanto no desmame precoce, higiene precária, infecções persistentes que

comprometem o aproveitamento biológico dos alimentos, excesso alimentar com carências específicas e outros⁷. O crescimento das crianças (altura por idade) é um dos melhores indicadores globais de saúde e também permite inferências quanto à desigualdade nas populações, uma vez que a própria desnutrição é um dos produtos da desigualdade social⁸.

A dimensão da pobreza parece ser a que mais se aproxima da perspectiva da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e envolve os demais conceitos. Mas a SAN, sozinha, não garante a superação da fome e da desnutrição. A fome pode surgir sem a pobreza em situações momentâneas de guerra e catástrofes naturais, como os impactos do terremoto e tsunami de Tohoku no Japão, em 2011, e o rompimento das barragens da Samarco, no Brasil (Mariana-MG), em 2015. Por outro lado, uma situação atual e ao mesmo tempo antiga é a permanência da desnutrição com caráter trans-social, a exemplo da anemia no Brasil^{9,10} e a carência de iodo na Europa¹¹. O aspecto comum a todas estas categorias que comprometem o estado de saúde e a nutrição é a vulnerabilidade dos grupos ou pessoas acometidas.

Esse novo padrão de adoecimento da população brasileira está fortemente relacionado com os processos históricos de interferência política nas estruturas de produção, comercialização e exportação. Estes foram decisivos para o desmonte da política agrícola e de abastecimento e para o fortalecimento do agronegócio.

Em meados de 1960 e 1970, as políticas alimentares tinham ênfase na distribuição e abastecimento de alimentos e as políticas de incentivo agrícola priorizavam os grandes produtores. Por volta de 1990, com o avanço da globalização e do neoliberalismo econômico direcionando as políticas públicas no Brasil e no mundo, existiam poucas estratégias estatais para subsidiar o abastecimento de alimentos e houve redução das despesas com a agricultura. Paralelamente, organizou-se um modelo de políticas compensatórias de proteção direta à população carente, mas sem vislumbrar o enfrentamento real da problemática da fome.

Ao recorrer a políticas compensatórias, priorizaram-se grupos organizados e os recursos públicos começaram a ser direcionados para a iniciativa privada, na agricultura e em outros setores. Os pequenos agricultores foram diretamente atingidos e praticamente obrigados a se desvincularem da atividade do campo, fomentando o êxodo rural, enquanto que os grandes empresários mantiveram crescimento econômico.

Em paralelo ao processo de urbanização, intensificou-se a produção e a oferta de alimentos industrializados, favorecendo as modificações nos hábitos alimentares, com a presença cada vez maior destes alimentos nas feiras das famílias. Isto ratificou a desvalorização do homem do campo, uma vez que o alimento *in natura* se distancia cada vez mais do consumidor e passa a seguir outros circuitos que visam sua modificação pela indústria, aumento do tempo de prateleira, empacotamento e, por fim, ganho de espaço nos supermercados.

Ao refletir sobre o patrimônio das culturas alimentares, Jesús Hernández¹², relata que o processo de homogeneização decorrente da globalização tem conduzido à perda da diversidade nos planos econômico, ecológico e cultural. O surgimento de novos espaços como o “supermercado”, por exemplo, com características muito semelhantes em todo o mundo, com as mesmas marcas, as mesmas franquias e as mesmas comidas, faz parte desse processo que conduz ao desaparecimento das características particulares de cada local, região ou país e expansão generalizada de modos de vida globais.

Esses novos espaços sociais também fazem lembrar o “homem gabiru” e os “caranguejos-com-cérebro” que surgiram na década de noventa a partir da releitura crítica do “homem caranguejo” de Josué de Castro em meio a retirada do homem da lama e transferência para o asfalto em virtude da construção das “cidades”. A primeira expressão foi relatada por Portella e Aamot¹³ e a segunda pelo Movimento Manguebeat no “Manifesto caranguejos com cérebro I”¹⁴, ambas bem retratadas na obra de Chico Science¹⁵.

Vi um aratu pra lá e pra cá

Vi um caranguejo andando pro sul

Saiu do mangue, virou gabiru

Oh! Josué, eu nunca vi tamanha desgraça

Quanto mais miséria tem mais urubu ameaça

Melo Filho¹⁶ faz uma análise da hermenêutica do caranguejo e, ao final, relaciona o “homem-gabiru” com as mudanças nos espaços sociais promovidos pelo capitalismo, que levaram ao desaparecimento/aterramento dos mangues e à alocação das pessoas em áreas tão ou mais insalubres. Por isso a analogia com outro “bicho” que seria o gabiru. Enquanto que a expressão “caranguejos-com-cérebro” parece encorajar esses mesmos homens a seguir em frente e, não mais para trás, como os caranguejos, a usar suas antenas e a sair da lama em busca de novas vibrações como um percurso de emancipação.

Prevalência, distribuição e tendência secular da (des)nutrição em um contexto de desenvolvimento e desigualdades

Afinal, estaríamos vivenciando há mais de 50 anos “uma transição alimentar/nutricional ou uma mutação antropológica?”, estaríamos diante de uma “metamorfose epidemiológica?”. Assim Batista Filho e Vidal Batista¹⁷ fazem trocadilhos com as palavras e nos levam a refletir sobre qual o modelo de (des)nutrição vigente no início do século XXI em meio às transições demográficas e epidemiológicas?

Na década de 1940, aproximadamente 69% dos brasileiros residiam na zona rural e a maior parte da população economicamente ativa trabalhava na agricultura, pecuária, silvicultura, atividades domésticas e escolares (73,6%)¹⁸. Em 2012, 84,8% da população se encontrava concentrada nas áreas urbanas do país¹⁹, com diferenças importantes dentro do território nacional. Essas mudanças ao longo do tempo transformaram as estruturas geradoras de renda e geraram impacto no estilo de vida e estado nutricional.

O número médio de filhos por mulher em idade reprodutiva passou de 6,3 para 1,8, em 1940 e 2012, respectivamente^{18,19}. Por outro lado, a taxa de mortalidade infantil no primeiro ano de vida reduziu de 124 óbitos para cada mil nascidos vivos, em 1960, para 16 em 2010^{19,20}, e alcançou o objetivo do milênio antes do tempo previsto (2015). Ao mesmo tempo, a expectativa de vida aumentou de 42,7 anos, na década de 40, para 74,5 anos, em 2012^{18,19} e segundo projeções alcançará 81,29 anos em 2050, valores próximos aos da China e Japão.

As mudanças citadas acima manifestam em algum momento histórico o cruzamento e a inversão de curvas como a de mortalidade e natalidade, e a situação de residência em área rural e urbana. A melhora nas condições de vida e saúde, saneamento básico, escolaridade, moradia, acesso a serviços, avanço da tecnologia desde os antibióticos, anticoncepcionais até a era da genética, além de mudanças socioculturais como a inserção da mulher no mercado de trabalho, a urbanização e a convivência com outras doenças, são alguns aspectos que contribuíram para o cenário atual.

Todas essas mudanças descritas acima aconteceram, no Brasil, tardiamente em relação a Europa, por exemplo, porém de forma rápida e intensa. Apesar de características semelhantes, o contexto nacional de iniquidades permanece como empecilho para a garantia de direitos hu-

manos básicos, como a alimentação. Para caracterizar melhor essas diferenças ao longo do tempo segue a descrição de aspectos da alimentação e nutrição em três períodos históricos: antes de 1970, de 1970 a 1990, e após 1990.

Apesar do gasto energético aparentemente superior na transição do século XIX para o XX, os registros de ingestão calórica variavam de 1.600 a 1.700 calorias²¹ ou menos²². A desnutrição estava presente em todas as regiões do país, embora com causas e manifestações diversas, e que Josué de Castro distribuiu como três “áreas de fome” e duas “áreas de subnutrição”. Se comparássemos a atual divisão do país seriam duas áreas de fome, regiões Norte e Nordeste, e três de subnutrição, Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Nesse período, foram encontradas diversas carências nutricionais como deficiência de sódio, anemia por deficiência de ferro, bócio (deficiência de iodo), beribéri (deficiência de vitamina B1 na Amazônia) e déficits proteico e calórico, que se manifestavam nas formas mais graves da desnutrição (marasmo e kwashiorkor), além das endemias como as verminoses, esquistossomose, doença de Chagas e malária (na Amazônia). Entretanto, o Sul apresentava o padrão dietético mais equilibrado e tinha no seu processo de colonização, com caráter de povoamento e desenvolvimento da região, uma importante justificativa.

Apesar de uma realidade epidemiológica diferente do contexto atual, Josué de Castro já fazia referência a diferenças no perfil alimentar vinculado a classes sociais, da casa-grande e da senzala, por exemplo. Além de também relatar a presença de escassez e excessos, uma vez que enquanto alguns tinham fome pela ausência do alimento, outros se superalimentavam, caracterizando ambas as situações como indutoras da má nutrição.

No período que segue, incentivou-se a produção agrícola em massa com a justificativa de superação da fome, indiretamente verificada por meio do déficit de peso, como detalhado na primeira seção. A prevalência de baixo peso no Nordeste (15,5%) era o dobro daquela encontrada no Sul (7,2%), mas já era possível caracterizar o excesso de peso como um problema de saúde pública, tendo em vista o acometimento de 21,9% da população adulta do país⁵. Em mulheres adultas, o déficit ponderal foi corrigido entre 1975 e 1989, com exceção do Nordeste rural (12,2%), mas permaneceu em declínio na década posterior²³.

Ao comparar pesquisas nacionais de 1970, 1980 e 1990^{1,3}, também se observou o declínio da desnutrição com redução de aproximadamente 72% do déficit de estatura em crianças. As maio-

res variações aconteceram na zona urbana em relação à rural, sendo que as diferenças do campo em relação a cidade aumentaram ao longo dos três períodos em cerca de 50% (40,5% e 26,6%), 80% (22,7% e 12,5%) e 145% (18,9% e 7,7%), respectivamente²³, o que bem caracteriza a desnutrição como produto da desigualdade.

Por outro lado, o excesso de peso entre meninos e meninas de 5 a 9 anos aumentou de 13,8% para 19,1% e de 10,4% para 14,3%, respectivamente^{1,2}. Em mulheres adultas, a evolução foi de 22,2% (1974/1975) para 39,1% (1989) e 47,0% (1995/1996), o que totalizou um aumento de 112% no sobrepeso ($\text{IMC} \geq 25,0 \text{Kg/m}^2$)²³.

A mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 1930 e 1990²⁴. Por outro lado, a anemia permaneceu presente e estudos realizados em São Paulo e Paraíba destacaram um incremento na prevalência de 116% no primeiro estado, entre 1974/1975 e 1995 (22% para 46,9%), e de 88% no segundo, entre 1982 e 1992 (19,3% para 36,4%)²⁵⁻²⁷. Por outro lado, reduziu-se o bócio endêmico, após aproximadamente três décadas de entraves científicos, políticos e econômicos. A iodação do sal de cozinha foi implementada em todo território nacional apenas em 1974, quando a agenda de enfrentamento do problema passou a ser internacional²⁸.

Além das desigualdades regionais, também se percebe a perpetuação de injustiças sociais em grupos vulneráveis como indígenas, quilombolas, mulheres e crianças, mesmo em regiões historicamente mais desenvolvidas social e economicamente, como a região Sul. Em estudo com crianças índias Terenas (Mato Grosso do Sul-Brasil), em 1995, verificou-se 15% de déficit de estatura e prevalência de anemia de 86,1% entre 6 e 24 meses, ao mesmo tempo que se registrou aumento significativo do peso em relação à idade e à altura²⁹.

No padrão dietético associado a essas mudanças nutricionais, observou-se aumento no consumo de refrigerantes, biscoitos, embutidos e refeições industrializadas em 425%, 218%, 173% e 77% respectivamente^{1,5}. Por outro lado, reduziu-se o consumo de ovos, gordura animal, peixes, raízes e tubérculos em 83%, 63%, 38% e 33%, respectivamente^{1,5}. O consumo médio de sal no Brasil (12g/dia) alcançou o dobro da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e se aproxima do consumo per capita encontrado nos países considerados mais desenvolvidos³⁰.

A maior disponibilidade de variedades e quantidade de alimentos, a implantação de políticas

assistenciais que melhoraram o acesso e a distribuição destes, além da expansão do saneamento, da rede básica de saúde, melhoria da escolaridade materna e renda familiar, foram alguns avanços que permitiram o alcance de algumas metas do milênio como a erradicação da fome e a superação do déficit de altura, que atingiram, respectivamente, em 2006, 1,7% e 6,7% das crianças⁴. Ao mesmo tempo o país passou a ocupar a 77ª posição no ranking da OMS em relação à obesidade.

No início do século XXI, pesquisas reafirmam as intensas desigualdades que se manifestam de forma injusta em grupos vulneráveis, os mesmos que permanecem sendo acometidos por desnutrição crônica (26% das crianças indígenas, 16% dos quilombolas, 15% das famílias beneficiárias de programas de transferência de renda, 5% dos residentes na região norte), anemia (20,9% das crianças e 29,4% mulheres em idade fértil) e hipovitaminose A (17,4% das crianças e 12,3% mulheres em idade fértil)⁴.

A contínua convivência com a desnutrição não interferiu no crescimento gradual e rápido da obesidade no país. Entre 2014 e 2015, a prevalência de excesso de peso entre adolescentes foi de 23,7% nos meninos e 23,8% nas meninas³¹, enquanto que 52,5% dos adultos brasileiros estavam acima do peso e 17,9% obesos³². Alguns aspectos positivos registrados nos últimos anos foram o aumento da prática de atividade física em 18% (2009/2014) e redução de 19,3% no número de pessoas que assistiam televisão três ou mais horas por dia (2006/2014), além da tendência à estabilização da obesidade nos últimos três anos (2012-2014)³².

Em meio à superação dos agravos decorrentes da fome, desnutrição e pobreza extrema, o caso do beribéri no Maranhão, entre 2006 e 2008, deixou a comunidade científica perplexa por se tratar de uma deficiência primária da Vitamina B1 (tiamina), em pleno século da tecnologia. Os principais determinantes foram o uso abusivo de álcool e a atividade física laboral pesada, além da possível exposição a agrotóxicos. Todos esses aspectos apresentaram relação com as mudanças sociais que aconteceram ao longo das últimas décadas na região com predomínio da agricultura exploratória e pouca produção de alimentos básicos, agropecuária extensiva, além do intenso desmatamento para atender as demandas de madeiras e mineradoras³³, o que resultou em alterações nas relações de trabalho, na economia local e na cultura, acentuando as iniquidades.

Tais paradoxos são verificados também em países que historicamente têm superado o pro-

blema da fome, desnutrição e pobreza extrema. Segundo estimativas da OMS, a deficiência de iodo na Europa permanece como problema de saúde pública, ainda que seja predominante a forma leve da carência¹¹. Em 2011, ainda existiam 32 países com esse problema no mundo, e 11 (34%) deles estavam na Europa, o maior percentual em termos continentais³⁴. Por outro lado, a obesidade também tem se revelado como importante desafio na Europa, com rápido crescimento entre os grupos de menor nível de renda e escolaridade^{35,36}.

Nos Estados Unidos, a manutenção de profundas desigualdades de renda e raça também tem contribuído para problemas nos padrões dietéticos. Os mais pobres e que vivem em condição de insegurança alimentar têm maior probabilidade de serem obesos, uma vez que estão mais expostos a reduzida qualidade dos alimentos a preço acessível³⁷.

Assim, a análise histórica dos dados nutricionais reafirma que, embora tenha havido importantes avanços com a redução de déficits nutricionais no panorama nacional e suas regiões, ainda há a presença de intensas desigualdades no Brasil e no mundo e estas se manifestam de forma injusta em grupos vulneráveis. Além disso, os agravos se sobrepõem e somam-se ao longo do tempo, e até mesmo onde pareciam superados reemergem com características específicas e adaptadas ao novo meio constantemente modificado pelo homem.

Os paradoxos entre escassez e excessos, o global e o local, o desenvolvimento e a desigualdade, são constantes contradições da sociedade pós-moderna e têm interferido na forma de se comportar, comer, se relacionar e adoecer das pessoas. O que parecia duas faces opostas da mesma moeda aparenta ser tão homogêneo quanto o movimento capitalista de uniformizar a sociedade a partir do consumo. À medida em que a obesidade, a anemia e outras carências nutricionais convivem no mesmo corpo e em todas as classes sociais, se diferenciam pelo contexto sociocultural em que estas pessoas estão inseridas e podem interferir nos desdobramentos em virtude do acesso, conhecimento e outras condições, ou a falta delas, de enfrentamento do problema.

Reflexões sobre (des)nutrição na pós-modernidade

Para além dos determinantes sociais da saúde, os princípios de uma sociedade capitalista podem ter relação direta com o processo de ado-

ecimento e, por isso, a discussão da macro-política deve estar intrinsecamente ligada às mudanças nutricionais e epidemiológicas aqui discutidas. Josué de Castro³⁸ na metade do século XX já levantou a tese de que o subdesenvolvimento era um subproduto do desenvolvimento e na modernidade o processo de exploração parece ser camuflado nos diversos prazeres vendidos/proporcionados.

Nessa perspectiva Lefevre e Lefevre⁶ elaboram um modelo triangular para explicar o processo saúde e doença baseado na lógica mercadológica, e apresentam como protagonistas o indivíduo, o sistema produtivo e o corpo técnico (profissionais de saúde). Para os indivíduos a saúde é vista como uma “sensação”, portanto é sentida; para o sistema produtivo como uma “mercadoria”, neste caso é vendida; e do ponto de vista técnico como um tipo de “poder ou autoridade”, deste modo é o exercício de proporcionar saúde. Dessa forma, todos os atores deveriam exercer papel de vigilantes entre si para equilibrar as forças e garantir que todos os âmbitos fossem contemplados dentro de seus limites, em prol da saúde. Porém, no contexto atual, a alimentação e a nutrição tornam-se mercadoria e entram na agenda de interesses contemporâneos, modificando desde os meios de produção até a forma como se compra e se prepara os alimentos. Nessa lógica de consumo, a nutrientificação dos alimentos, a quimificação dos remédios e os estilos de vida saudáveis⁶ servem ao sistema produtivo, muitas vezes articulado com o poder técnico dos profissionais de saúde, e exercem forte influência sobre o indivíduo.

A título de ilustração, a medicina da beleza é uma das que mais cresce no mundo, e o componente dietético está largamente disseminado nos diversos mecanismos de comunicação, sendo também um dos fatores relacionados às novas formas de apresentação da desnutrição como transtornos alimentares (anorexia, bulimia), intolerâncias e alergias alimentares, cânceres e outras. *O corpo é mais do que nunca representado como expressão perfeita da evolução: o corpo do homem é a própria imagem de sua cultura*³⁹.

Ademais, vários problemas de saúde são subprodutos de demandas capitalistas locais como a utilização indiscriminada de defensivos agrícolas nas grandes produções voltadas para o agronegócio levando à contaminação de alimentos e até mesmo do leite materno; marketing e propaganda infantil, contribuindo para a obesidade e desnutrição nessa fase da vida; ultraprocessamento de alimentos para atender demandas de tempo e espaço, resultando na modificação da

composição nutricional e adição de estruturas artificiais desconhecidas pelo metabolismo humano e capazes de gerar graves problemas metabólicos. Os impactos ambientais e coletivos decorrentes dessas demandas permanecem pouco divulgados ou ainda no anonimato para garantir os interesses do mercado.

Em nível nacional e internacional, podemos identificar tímidas iniciativas que vão de encontro à lógica de mercado. A cidade de Berkeley, na Califórnia, foi a primeira nos Estados Unidos a aprovar a aplicação de imposto de aproximadamente 10% para as bebidas açucaradas⁴⁰. No Reino Unido a medida foi mais recente (2016) e no Brasil encontra-se em tramitação um Projeto de Lei (1.755/2007) para proibição da venda de refrigerantes em escolas de educação básica. Essas medidas também são criticadas, e no discurso dos que se sentem vítimas destas, esse processo penaliza o consumidor e suprime sua autonomia.

O Chile e o Equador adotaram um sistema de rotulagem cujas informações e alertas gráficos são colocados na frente dos pacotes para chamar atenção dos consumidores quanto à qualidade do alimento⁴¹. Outras iniciativas, como a regulação do marketing e propaganda de alimentos, continuam sendo um desafio tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. No Brasil, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras, que representa um conjunto de normas para regular a promoção comercial e a rotulagem de alimentos e produtos destinados a recém-nascidos e crianças de até três anos de idade, foi regulamentada quase 10 anos depois de sua criação, por meio do Decreto nº 8.552, de 3 de novembro de 2015.

O Brasil adotou também medidas de proporções mais amplas como incentivo à produção local e familiar com garantia de compra, a exemplo do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e a inclusão da agricultura familiar no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Nessa perspectiva é possível garantir renda para famílias, possibilitar a permanência destas no seu território de origem em vez de migrarem para os grandes centros urbanos, incentivar uma produção sustentável, resgatar a cultura local e os padrões alimentares tradicionais, além de incluir alimentos saudáveis nas escolas. Nessa perspectiva, por meio da Cooperação Sul-Sul (CSS), foi firmada parceria com Moçambique com o objetivo de promover transferência de conhecimentos e oferecer suporte técnico para viabilizar a elaboração e a implementação do “Programa Nacional

de Alimentação Escolar de Moçambique”, pautada na experiência brasileira e considerando a realidade e a cultura local⁴². Alguns resultados já podem ser observados como o aumento da adesão e frequência escolar em Changara e a presença de hortas em 80% das escolas com produção de alimentos como milho, couve, tomates, cebolas, em Cahora-Bassa⁴².

O enfrentamento das doenças agudas e crônicas perpassa o desafio de se impor aos interesses econômicos, ao poder de fortes indústrias como a alimentícia, da beleza e farmacêutica, além de firmar parcerias solidárias. A Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição (ICN2) trouxe um conjunto de ações políticas que os governos se comprometeram em implementar para enfrentar a má nutrição em todas as suas formas (sobrepeso e obesidade, retardo do crescimento, deficiências de micronutrientes)⁴³. Entre as ações propostas destacam-se o fortalecimento de locais para produção e processamento de alimentos, especialmente por pequenos agricultores; incentivo à redução de gordura saturada, açúcares e sal de alimentos e bebidas; formação de recursos humanos; regulamentação do marketing e propaganda de alimentos, especialmente quanto à comercialização de substitutos do leite materno; criação de ambientes propícios para a promoção da atividade física desde as fases iniciais da vida, e outros.

São muitos os interesses que permeiam as questões relacionadas à saúde e nutrição na sociedade contemporânea, mas deve-se destacar o respeito às escolhas individuais, em prol da autonomia dos sujeitos. No entanto, isso se entende empoderando o indivíduo para corretas escolhas, e por isso o Estado deve atuar em prol da proteção da coletividade, por meio de políticas públicas com ênfase na educação, promoção da saúde e esforços regulatórios, para que os direitos coletivos não sejam cerceados em benefício de uma minoria e o indivíduo não seja constantemente culpado por não conseguir enquadrar-se em padrões comportamentais.

Conclusões

A reflexão do desenvolvimento fundamentada no viés da nutrição permite ampliar visões, entender interesses históricos das políticas agrícolas de transferência de renda, as mudanças na lógica de mercado e sua relação com a alimentação, além das consequências para o homem dos atuais recursos de produção e técnicas de utilização predatória dos recursos naturais.

As mudanças na sociedade são contínuas ao longo da sua história e atendem interesses econômicos, políticos e sociais, mas se intensificaram, no Brasil e no mundo, com as variações demográficas, a urbanização, a industrialização e a globalização. A (des)nutrição na sociedade contemporânea apresenta-se de forma camuflada, mesclando excessos com *fome oculta*, como diria Josué de Castro. Algumas carências se mantêm, como a anemia; outras foram superadas, como o bócio; ainda outras têm emergido de uma rotina estressante e intensa, perda de identidade cultural e comprometimento da sustentabilidade ambiental e da biodiversidade. Ao mesmo tempo em que o excesso de peso permanece em crescente ascensão.

Frente a esse quadro, algumas estratégias foram implementadas como a “Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas”⁴⁴ que permite o monitoramento contínuo dos hábitos alimentares e de atividade física dos brasileiros possibilitando a tomada de decisão em nível de gestão; os programas de transferência de renda que aumentaram o gasto familiar com alimentação e têm exercitado a autonomia dos indivíduos⁴⁵; a estruturação de ambientes públicos promotores de saúde, como as academias da saúde; além do novo Guia alimentar para a popu-

lação brasileira⁴⁶, que considera a representação do alimento em sua totalidade, desde a cadeia de produção até suas modificações e disponibilidade no âmbito familiar, resgata costumes e hábitos ao redor da mesa. No entanto, apesar dessas iniciativas representarem avanços, é preciso atentar para o fato de que a distribuição dessas no território nacional não é realizada de forma equânime, o que tem sustentado os mesmos grupos e áreas vulneráveis, tornando ainda mais complexo o enfrentamento do paradoxo entre desnutrição e obesidade, escassez e excessos.

Dessa forma, são necessárias mudanças estruturais, que iniciem com um olhar diferenciado para os grupos em situação de vulnerabilidade, ou seja, políticas mais pautadas na redução das iniquidades sociais e menos nas ações assistencialistas. Ressalta-se o fortalecimento nos investimentos em educação, reorganização da estrutura fundiária e regulação de mercados internos e externos com vistas ao interesse de saúde da população. E, por fim, reconhecendo o caráter mundial da situação de (des)nutrição, isso reforça a necessidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos por meio de cooperações nacionais e internacionais para estreitar laços de solidariedade, estimular a participação social e auxiliar no enfrentamento dos agravos em saúde e nutrição.

Colaboradores

NP Souza participou da concepção e redação; PIC Lira trabalhou no delineamento e revisão crítica; FCL Pinto contribuiu com a revisão crítica; A Fontbonne participou da redação e revisão crítica; EAP Cesse participou da redação e revisão crítica.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estudo Nacional de Despesa Familiar (Endef) (1974/1975)*. Rio de Janeiro: IBGE; 1976.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos 1989*. Brasília: IBGE; 1990.
3. Brasil, Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS 1996*. Brasília: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil: MS; 1997.
4. Brasil, Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília: MS; 2009.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
6. Lefevre F, Lefevre AMC. *O corpo e seus senhores: homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e da mente humana*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2009.
7. Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. *Estudos avançados* 2003; 17(48):7-20.
8. De Onis M, Frongillo EA, Blössner N. Is malnutrition declining? An analysis of changes in levels of child malnutrition since, 1980. *Bull World Health Organ* 2000; 78(10):1222-1233.
9. Batista Filho MB, Souza AI, Bresani CC. Anemia como problema de saúde pública: uma realidade atual. *Cien Saude Colet* 2008; 13(6):1917-1922.
10. Oliveira CSM, Augusto RA, Muniz PT, Silva SA, Cardoso MA. Anemia e deficiência de micronutrientes em lactentes atendidos em unidades básicas de saúde em rio Branco, Acre, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):517-529.
11. World Health Organization (WHO). Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). *Iodine deficiency in Europe: a continuing public health problem*. Geneva: WHO; 2007.
12. Hernández JCO. Patrimônio e Globalização: o caso das culturas alimentares. In: Canesqui AM, Diez Garcia RW, organizadores. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 129-145.
13. Portella T, Aamot DPZ. *Homem-gabiru: catalogação de uma espécie*. São Paulo: Hucitec; 1992.
14. Zero Quatro, Fred. *Caranguejos com Cérebro*. 1992. [acessado 2016 out 17]; [cerca de 1 p.]. Disponível em: http://www.recife.pe.gov.br/chicoscience/textos_manifesto1.html.
15. *Da lama ao caos* [CD]. Science C, Zumbi N: Chaos; 1994.
16. Melo Filho DA. Uma hermenêutica do ciclo do caranguejo. In: Andrade MC, Silva JG, Belik W, Takagi M, Cunha H, Batista Filho M, Batista LV, Melo Filho DA, Soares JA, Duarte R, Zaidan Filho M, organizadores. *Josué de Castro e o Brasil*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2003. p. 61-72.
17. Batista Filho M, Vidal Batista L. Transição alimentar/nutricional ou uma mutação antropológica? *Rev. Alimentação/Artigos* 2010; 62(4):26-30.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Tendências demográficas: uma análise da população com base nos resultados dos censos demográficos 1940 e 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013*. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
21. Castro J. *Geografia da fome*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Griphus; 1992.
22. Interdepartmental Committee on Nutrition for National Development (ICNND). *Northeast Brazil, Nutrition Survey, March-May, 1963*. Washington: ICNND; 1965.
23. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saude Publica* 2003; 19(1):181-191.
24. Barreto ML, Carmo EI. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: Lessa I, organizador. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 15-27.
25. Batista Filho M. Alimentação, nutrição & saúde. In: Rouquayrol ZM, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia & Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 353-374.
26. Santos L. *Bibliografia sobre Deficiência de Micronutrientes no Brasil, 1990-2000: Vitamina A*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde; 2002.
27. Oliveira RJ, Diniz AS, Benigna MJ, Miranda-Silva SM, Lola MM, Gonçalves MC. Magnitude, distribuição espacial e tendência da anemia em pré-escolares da Paraíba. *Rev Saude Publica* 2002; 36(1):26-32.
28. Hochman G. O sal como solução? Políticas de saúde e endemias rurais no Brasil (1940-1960). *Sociologias* 2010; 12(24):158-193.
29. Moraes MB, Alves GMS, Fagundes-Neto U. Estado nutricional de crianças índias terenas: evolução do peso e estatura e prevalência atual de anemia. *Jornal de Pediatria* 2005; 81(5):383-389.
30. Sarno F, Claro RM, Levy RB, Bandoni DH. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002-2003. *Rev Saude Publica* 2009; 43(2):219-225.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015*. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2015.
33. Lira PIC, Andrade SLLS. Epidemia de beribéri no Maranhão, Brasil. Rio de Janeiro: *Cad Saude Publica* 2008; 24(6):1202-1203.
34. Andersson M, Karumbunathan V, Zimmermann MB. Global iodine status in 2011 and trends over the past decade. *J Nutr* 2012; 142(4):744-750.

35. Loring B, Robertson A, organizadores. *Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity*. København: WHO Regional Office for Europe; 2014.
36. University Medical Center Rotterdam, Department of Public Health. *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach*. Eurothine. Rotterdam: Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam; 2007.
37. Silver L. A regulação de fatores de risco para doenças crônicas: experiências dos Estados Unidos. In: *Observatório Internacional de Capacidades Humanas, desenvolvimento e políticas públicas*. Brasília: UnB/ObservaRH/Nesp, Fiocruz/Nethis; 2015. p. 185-210.
38. Castro J. *Geopolítica da fome*. Rio de Janeiro: Casa do Estudante do Brasil; 1951.
39. Remaury B. *Le beau sexe faible: Les images du corps féminin entre cosmétique et santé*. Paris: Grasset & Fasquelle; 2000.
40. City of Berkeley. *Imposing a general Tax on the distribution of sugar sweetened Beverage Products*. [acessado 2016 ago 23]. Disponível em: <https://www.cityofberkeley.info/uploadedFiles/Clerk/Elections/Sugar%20Sweetened%20Beverage%20Tax%20-%20Full%20Text.pdf>.
41. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Guia legal sobre etiquetado de alimentos. 2015. [acessado 2016 out 17]. Disponível em: <http://www.fda.gov/Food/GuidanceRegulation/GuidanceDocumentsRegulatoryInformation/LabelingNutrition/ucm247920.htm>.
42. Santarelli M. *Cooperação Sul-Sul brasileira: a experiência do Programa Nacional de Alimentação Escolar em Moçambique*. Rio de Janeiro: ActionAid Brasil; 2015.
43. World Cancer Research Fund International, NCD Alliance. *Ambitious, SMART Commitments to address NCDs, overweight & obesity 2016*. [acessado 2016 out 17]. Disponível em: <http://www.wcrf.org/sites/default/files/SMART-Advocacy-Brief-WCRFI-NCDA-EN.pdf>.
44. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – Vigitel*. [acessado 2016 out 28]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/vigitel/vigteldescr.htm>.
45. Martins APB. *Impacto do Programa Bolsa Família sobre a aquisição de alimentos em famílias brasileiras de baixa renda* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2013.
46. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Guia alimentar para a população brasileira*. Brasília: MS; 2014.

Artigo apresentado em 23/09/2016

Aprovado em 28/11/2016

Versão final apresentada em 06/02/2017