



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Tonial, Sueli Rosina

Os desafios da atenção nutricional diante de sua complexidade no Brasil

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 7, núm. 2, 2002, pp. 227-234

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63070203>

- 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

Os desafios da atenção nutricional diante de sua complexidade no Brasil

The challenges of nutritional care in the face its complexity in Brazil

Sueli Rosina Tonial¹

Considero profícuas as reflexões propostas pela autora. Assumo, entretanto, que li o artigo várias vezes e tive dificuldade de iniciar o debate, pois, na minha opinião, foram elencados temas relevantes que, devido à importância e à complexidade, mereceriam, cada um, por si só, artigo específico para ser discutido.

Adotando-se desde já a premissa da complexificação da situação nutricional no Brasil, as questões nutricionais, especialmente as tratadas neste artigo, desnutrição e obesidade, assumem cada vez mais a necessidade de serem analisadas sob o enfoque da complementaridade das abordagens de estudo para dar conta de uma realidade que é ao mesmo tempo social e biológica.

Diante da necessidade da objetivação optei, então, por debater sobre a transição nutricional do Brasil. Concorro com a autora que o quadro brasileiro aponta muito mais para a complexificação do que para uma trajetória de otimização. Resgato algumas idéias já apresentadas, parcialmente, em trabalho recente em que discuto a questão em epígrafe (Tonial, 2001).

A expressão *transição nutricional* foi provavelmente utilizada, em primeira mão, por Monteiro *et al.* (1995) como referência à realidade brasileira, numa análise em que demonstraram a coexistência na população infantil, em 1974, de índices de 19,8% de desnutridos e 4,6% de obesos, percentuais que em 1989 eram respectivamente 7,6% e 4,6%. Na população adulta, em 1974, identificaram 8,6% de desnutridos e 5,7% de obesos e em 1989, 4,2% de desnutridos e 9,6% de obesos.

Neste trabalho os autores concluíram que “o Brasil vem rapidamente substituindo o problema da escassez pelo excesso dietético” e destacaram que o aumento da obesidade entre adultos no Brasil é maior para os grupos de baixa renda. Apontaram também que seriam necessárias informações detalhadas sobre as tendências no consumo alimentar e na atividade física para investigar os fatores responsáveis pela ascensão da obesidade (Monteiro *et al.*, 1995).

Schichieri *et al.* (1997), ao analisarem as variações temporais do estado nutricional e de consumo alimentar no Brasil, apontaram o quadro nacional como um *mosaico* devido à heterogeneidade estrutural da sociedade brasileira, discordando da idéia de transição epidemiológica que pressupõe uma evolução dos indicadores para um nível mais elevado de saúde. Demonstraram ainda as tênues associações entre renda e prevalência da obesidade, quando analisadas a partir de seu desenvolvimento cronológico, mais geral, em que a obesidade inicialmente predomina entre os mais ricos e evolui temporalmente entre os mais pobres.

Monteiro (2000), analisando os estudos nacionais de 1974-1975 e de 1989, afirmou que, no período estudado, a obesidade ascendeu em todas as classes de renda, mas o aumento foi maior entre os indivíduos que pertenciam a famílias de menor renda *per capita*. Apontou, também, diminuição da desnutrição em todos os níveis de renda familiar estudados, com um virtual desaparecimento da desnutrição entre adultos de renda mais alta.

Apesar da redução da desnutrição no país, estudos continuam apontando prevalências consideráveis de subnutrição, especialmente nas regiões mais pobres, como menciona o texto em debate, nas pesquisas realizadas no Rio Grande do Norte em crianças menores de cinco anos e em recrutas e soldados da cidade de Natal.

Na capital do Estado do Maranhão, uma pesquisa sobre a saúde perinatal (1997-1998) identificou que cerca de 16% das mulheres apresentavam índice de massa corporal (IMC) menor que 18,5 (o dobro da prevalência nacional). Este critério de classificação foi o mesmo utilizado para a avaliação nacional de 1989 que apontou uma prevalência de 8,2% de mulheres com subpeso (Tonial, 2001; Monteiro, 2000).

Bacallao e Peña (2000) declararam que, apesar da redução global da prevalência da desnutrição energético-proteica nas últimas duas décadas na América Latina e no Caribe, em 1995, cerca de 11% de crianças menores de cinco anos encontravam-se em déficit de peso para sua idade e que essa é uma das manifestações mais visíveis da pobreza.

Os autores ressaltam que as transformações sociais, econômicas e demográficas ocorridas globalmente, durante as duas últimas décadas, coincidiram com alterações no perfil epidemiológico nos padrões alimentares e de atividades físicas, conferindo heterogêneos padrões nutricionais em diferentes situações e que, es-

¹ Departamento de Saúde Pública – UFMA. tonial@elo.com.br

pecialmente, entre adultos, tanto em países desenvolvidos como em algumas regiões de países em desenvolvimento, enfraquecem as associações de desnutrição e enfermidades transmissíveis com a pobreza; e da obesidade e enfermidades crônicas com bem-estar econômico.

Apontaram ainda que os padrões variáveis de comportamento e desenvolvimento socioeconômicos e culturais podem estar conduzindo a um padrão de associação inversa, de acordo com o ritmo e o modelo de transição epidemiológica-nutricional característico de cada país. Entretanto, destacaram as dificuldades de serem estabelecidas associações do estado nutricional: (a) as condições socioeconômicas, pois elas podem variar de um país para o outro ou mesmo entre regiões, além das limitações dos estudos na sua caracterização; (b) a heterogeneidade dos indicadores e pontos de corte nas classificações para identificar o estado nutricional; (c) ou advertem que as associações podem ser dissimuladas por fatores culturais, ecológicos ou sociais.

Sobre o aumento da obesidade, estudos indicam que os determinantes do problema do excesso de peso no caso brasileiro podem não depender somente das modificações no modelo de alimentação; eles podem decorrer, também, de alterações ontogenéticas (relacionadas à associação entre a desnutrição intra-uterina e obesidade na fase adulta) ou de problemas como a redução da atividade física entre os indivíduos (Schichieri *et al.*, 1997; Sawaya, 1995).

Dentre os determinantes do padrão alimentar que se caracteriza pelo aumento de carboidratos originários de farináceos e açúcares refinados, evidencia-se uma dieta caracterizada por calorias vazias, isto é, de alimentos não acompanhados por nutrientes importantes (minerais, vitaminas e proteínas) ou que os possuem em baixas quantidades. Este consumo alimentar associa-se muito mais ao custo dos alimentos do que ao conhecimento do valor nutricional, e desmistifica, como bem apontou a Escoda, a suposição de que o povo não se alimenta corretamente por ignorância alimentar. Essa assertiva foi confirmada, também, por outros estudiosos (Minayo, 1986; Aguirre, 2000).

Dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF, 1987-1988), em comparação com os dados do Endef, registraram importante redução do consumo de feijão e aumento da participação calórica de óleo vegetal na dieta dos brasileiros (Schichieri *et al.*, 1997).

O estudo qualitativo sobre consumo alimentar entre as mulheres obesas em São Luís

demonstrou alto consumo de óleo vegetal. Uma dieta composta basicamente de ovo frito, farinha e açúcar, destacando, entre outros alimentos, o baixo consumo de feijão. Estes dados podem colaborar para ampliar a explicação do aumento da obesidade, tendo em vista que as gorduras fornecem cerca do dobro de Kcal em relação a consumo igual de carboidratos ou proteínas. Eles também reforçam a teoria de que, diante da escassez, os indivíduos selecionam alimentos de menor custo e que lhe conferem maior saciedade. Praticam, assim, uma lógica de economia doméstica e biológica (Tonial, 2001).

Neste panorama de convivência com padrões de obesidade e desnutrição, cabe acrescentar o peso das representações culturais do corpo e dos alimentos. As representações assumem diferenças que se exprimem em diferentes códigos de linguagem corporal de acordo com a cultura somática de cada grupo histórico e social. Elas podem se relacionar, dependendo do tempo e lugar, à força funcional do corpo para o trabalho e a alimentos fortes ou à construção social de um modelo de beleza e agilidade, tendo como tipo ideal um corpo excessivamente magro, também funcional, e a alimentos saudáveis (Boltanski, 1899; Fischler 1995; Toniai, 2001).

Com estas considerações, creio ter reforçado, no percurso de minhas argumentações, o entendimento da determinação histórica da pobreza na condição mais geral de má nutrição, assim como fez a autora no texto em debate e tantos outros cientistas sociais da nutrição já o fizeram.

Entretanto, contemporaneamente, cresce o número de indivíduos (especialmente mulheres jovens pertencentes a famílias de faixas de renda intermediárias e mais altas) em busca de um padrão de corpo, coercitivo, de magreza excessiva. Esse comportamento pode configurar patologias nutricionais de anorexia, bulimia e subalimentação que se refletem em padrão antropométrico deficitário, dificilmente percebido ou reconhecido como doença pelo indivíduo que convive com a patologia (Tonial, 2001).

A difusão mais generalizada do padrão excessivamente delgado, difundido amplamente na mídia, pode, num estágio inicial, interferir tanto na possibilidade de serem diagnosticadas mulheres desnutridas vítimas da pobreza quanto aquelas que praticam dieta alimentar deficitária em busca do padrão estético em voga. Ambas desnutridas, com causas e consequências sociais bem distintas, constituem, entretanto, no aspecto biológico celular, um mesmo

padrão clínico patológico e como tal devem ser consideradas e tratadas.

Assim como as outras patologias chamadas modernas ou do atraso, como bem pontuou Escoda, e aqui estou me referindo apenas àquelas relacionadas à nutrição, embora possam ter diferentes etiologias, devem contar com um sistema de saúde qualitativo e resolutivo. Um sistema que, no âmbito da clínica individual e coletiva, tenha profissionais capazes de realizar diagnósticos tão precisos quanto possíveis e de compreender, ainda, as diferentes possibilidades etiológicas. Além disso, os profissionais devem ser comprometidos com a resolução dos problemas a partir da prática clínica cotidiana, como também com a formulação e gestão de políticas para o setor.

Finalmente, retomo outro ponto do debate de Escoda – a discussão sobre que pontos de corte utilizar para a classificação nutricional e a interpretação do diagnóstico da desnutrição energético-proteica que acomete especialmente crianças, em condições socioeconômicas e de saúde precárias, com conseqüências mais graves, como a morte, de acordo com a idade e intensidade em que ocorre.

O tema é sem dúvida importante, contudo, bastante complexo. Haja vista as publicações da OMS (1995) e Waterlow (1996) que oferecem uma extensa revisão crítica dos conhecimentos mais recentes sobre o assunto. Sistematizam resultado de estudos, examinam princípios da bioestatística aplicada e sustentam os diversos usos desses indicadores e índices. Explicam, sobretudo, a questão da sensibilidade do método para identificar aqueles que mais necessitam de ações concretas e eficazes antes que a morte chegue primeiro. Certamente, o critério de gravidade não deveria significar a exclusão para a atenção nutricional, mas dar mais para aqueles que mais precisam.

Creio que a questão que se coloca, então, é sobre a própria desorganização das ações de atenção nutricional no sistema formal de saúde. O que fazem, por exemplo, os profissionais da rede formal de saúde ao identificarem uma criança com desnutrição grave? Quem vive nas regiões que caracterizam a pobreza do país convive com a triste realidade de ter, não raramente, notícias de óbitos por desnutrição que nem chegam a ser notificados.

Embora o maior problema seja social, certamente avançaríamos muito mais do que já se avançou em termos de melhorias nos indicadores nutricionais, mortalidade infantil e expecta-

tativa de vida, se contássemos com modelo assistencial de saúde adequado, gestão administrativa e profissionais tecnicamente resolutivos.

Quanto ao sistema de vigilância, creio que ele só existe, pelo próprio sentido da palavra, se for capaz de observar atentamente, tomar conta de. Não penso que o sistema praticado no Brasil, que apenas notifica (de forma precária), possa ser verdadeiramente considerado um Sistema de Vigilância Nutricional. A vigilância pressupõe uma política específica dentro do setor saúde, e isto é muito mais do que distribuir leite. Embora ainda se tenha muito por fazer em todas as áreas, outros setores da saúde pública brasileira estão demonstrando que é possível contribuir para a aplicabilidade dos ideais transformistas que fundamentam os princípios do SUS.

Referências bibliográficas

- Aguirre P 2000. Aspectos socioantropológicos de la obesidad in la pobreza, pp. 13-25. In *La obesidad en la pobreza*. Publicación científica n. 576. Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- Bacallao J & Penã M 2000. La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas, pp. 3-11. In *La obesidad en la pobreza*. Publicación Científica, n. 576. Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- Boltanski L 1989. *As classes sociais e o corpo*. Graal, Rio de Janeiro.
- Fischler C 1995. *El (h) omnívoro, el gusto, la cocina y el cuerpo*. Anagrama, Barcelona.
- Minayo MCS (org.) 1986. *Raíces da fome*. Vozes, Petrópolis.
- Monteiro CA 2000. La transición epidemiológica en el Brasil, pp. 73-83. In *La obesidad en la pobreza*. Publicación Científica, n. 576. Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- Monteiro CA, Mondini L, Souza ALM & Popkin BM 1995. Da desnutrição para a obesidade, pp. 247-255. In CA Monteiro. *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. Hucitec, São Paulo.
- OMS 1995. *El estado físico: uso e interpretación de la antropometría* n. 854. Ginebra, 521pp.
- Sawaya AI, Dallal G, Sousa MD, Ventura ML, Roberts SB & Singulem DM 1995. Obesity and mal nutrition in a shantytown population in the city of São Paulo; Brazil. *Obes Res* 3(2):107-115.
- Schichieri R, Coitinho DC, Pereira R A, Marins VMR & Moura AS 1997. Variações temporais do estado nutricional do consumo alimentar no Brasil. *Physis – Revista de Saúde Coletiva* 7(2):31-50.
- Tonial SR 2001. *Desnutrição e obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundância*. Recife, IMIP, 180 pp.
- Waterlow JC 1996. *Malnutrición proteico-energética*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, n. 555, 501pp.

Trocando idéias.... Talking about....

Sonia Azevedo Bittencourt¹
Silvana Granado N. Gama¹

O artigo “Para a crítica da transição nutricional”, de Escoda, ao retomar o debate sobre assunto tão relevante, enfatiza a importância de considerar a transição nutricional na agenda de formulações estratégicas que contribuam para o bem-estar da população.

Na primeira leitura do texto evidencia-se a compreensão da autora de que é preciso adotar uma visão transdisciplinar, se o intuito é aumentar as chances de entender as dimensões e conseqüências de um processo de fascinante complexidade. Talvez, o maior desafio de Escoda tenha sido o de obter uma visão ampla do problema como expressão das diferentes disciplinas e de suas contribuições específicas.

Tendo como eixo o retrato da realidade brasileira, o artigo apresenta os resultados de vários estudos epidemiológicos desenvolvidos no país durante as últimas três décadas. A partir daí, a maneira pela qual é estruturado e encadeado dá a impressão de que a autora traz para o debate duas grandes preocupações, porém encontra dificuldades em alinhar assuntos tão cheios de nuances.

A preocupação mais evidente é reafirmar a importância da manutenção da desnutrição na agenda de políticas públicas. Aqui se percebe um novo rumo no texto, pois são apresentadas discussões acerca da classificação, magnitude, distribuição e evolução da desnutrição, deixando de lado a preocupação inicial, a de apresentar as informações necessárias à descrição da transição nutricional brasileira.

Vários pontos podem ser suscitados pelo artigo, o que revela a sua riqueza em termos de revisão do assunto e a sua relevância. Para estimular o debate e aprofundar as discussões, vamos apresentar três tópicos.

O primeiro diz respeito à abordagem da autora no tocante aos determinantes da transição nutricional brasileira, em que deixa de explorar mais detidamente o que há de novo e particular neste processo contraditório e multifacetado

em razão do afastamento do tema central. Pareceu-nos essencial que se pusesse em foco, na introdução do tema, a exploração dos elos existentes entre as grandes transformações ocorridas nas últimas décadas – modificações da economia, urbanização acelerada, a queda da mortalidade e fecundidade e o envelhecimento da população – com o delineamento de um novo quadro, em que coexistem, de forma estreita, a deficiência e o excesso de energia, respectivamente, a desnutrição e a obesidade. Diante da não-concretização da idéia de transição nutricional, o que vem chamando a atenção no caso brasileiro é exatamente a pesquisa das razões da situação paradoxal observada a partir de estudos epidemiológicos, a saber, a convivência de adultos obesos e crianças desnutridas no mesmo domicílio (Doak *et al.*, 2000). Tal constatação leva-nos a pensar na possibilidade de essas duas condições serem expressões de mecanismos causais similares, associados a uma dieta rica em gordura, proteína animal e pobre em fibra, bem como a um padrão sedentário de atividade física durante o trabalho e o lazer. Tudo isso envolto em um contexto socioeconômico marcado pela pobreza e por grande carga de doenças infecciosas. O aprofundamento de tais questões poderia demarcar, ao menos em parte, a compreensão da complexidade da ordem sanitária, assunto que a autora apresenta como contundente para o desenvolvimento das atuais políticas públicas.

O segundo tópico – a discussão do valor do ponto de corte de indicadores antropométricos para seleção de grupos alvos para programas nutricionais – tem o mérito de deslocar as considerações restritas às questões estritamente científicas para o âmbito do ético-social e da política. A constatação de declínio da prevalência de desnutrição crônica de 32%, em 1974, para 10,2%, em 1996, representando uma queda de 1,02% ao ano (Onis *et al.*, 2000), é hoje o argumento-chave para ampliar o intervalo da normalidade (passar do percentil 10 para o percentil 3), norteado pela lógica de dirigir as intervenções para aqueles que podem obter os maiores benefícios. A título de contribuição gostaríamos de introduzir dois autores para subsidiar a discussão aberta por Escoda: Geoffrey Rose (1992) e David Pelletier (1994).

As idéias de Rose, que pensamos enriquecer o debate proposto, giram em torno de quatro pontos centrais: 1) os pontos de corte que diferenciam doentes e não-doentes são arbitrários; 2) não existe um limiar de exposição abaixo do

¹ Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. sonia@manguinhos.ensp.fiocruz.br

qual o risco de adoecer é nulo; 3) a maioria dos casos de muitas doenças tem origem entre pessoas de baixo risco; e 4) estratégias restritas a grupos de alto risco podem ter impacto reduzido ao nível populacional. Essas idéias apóiam a opção de estratégias voltadas para a população como um todo e não apenas a indivíduos considerados de alto risco (Chor & Faerstein, 2000).

No caso da desnutrição, a título de exemplo das concepções de Rose, pensamos no trabalho de Pelletier (Pelletier, 1994), o qual, através de modelos matemáticos, estimou que a desnutrição estava associada a cerca da metade de todos os óbitos ocorridos em crianças de países subdesenvolvidos. E concluiu que não é suficiente dirigir os programas de intervenção exclusivamente aos desnutridos graves; para se obter maior impacto na mortalidade, dever-se-ia incluir também, por suas altas prevalências, os desnutridos leves e moderados.

Talvez a grande desigualdade observada na prevalência de desnutrição nas diferentes localidades do país já justificasse a adoção de diferentes modelos de intervenção. Mas as contribuições de Rose e Pelletier reforçam que ignorar a potencialização da desnutrição – independentemente de sua gravidade – nas doenças mais comuns na infância, corresponderia a negligenciar uma estratégia política mais ampla para, em última instância, quebrar o ciclo que leva a desnutrição a aumentar a taxa de mortalidade na infância.

No último tópico, quanto à disponibilidade das informações do estado nutricional da população brasileira, as reflexões de Escoda dão conta da enorme tarefa para identificar corretamente tais problemas em toda a sua complexidade. Entretanto, à medida que os gestores se tornam interessados em traçar novas estratégias para antecipar as tendências da transição nutricional, há de se esperar o aumento da necessidade de utilizar instrumentos de racionalização na definição de prioridades no planejamento das ações de saúde. Nesse sentido, há um espaço aberto para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) colaborar na indicação da melhor alocação de recursos. Ainda hoje, as possibilidades de ampliação da atuação do Sisvan no setor saúde têm-se confrontado com dificuldades marcantes: pouco representativa dos serviços de saúde, cobre apenas os serviços públicos de saúde, restringe-se à população de gestantes e crianças, além de não incorporar, como uma de suas funções, o desenvolvimento de estudos observacionais e o diálogo

com outros setores, que inclua, pelo menos, os Ministérios da Agricultura e da Educação e a sociedade civil organizada.

Referências bibliográficas

- Doak CM, Adair LS, Monteiro C & Popkin BM 2000. Overweight and underweight coexist within households in Brazil, China and Russia. *Journal Nutrition* 130:2.965-2.971.
- Chor D & Faerstein E 2000. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey. *Cadernos de Saúde Pública* 16(1):241-244.
- Onis M, Frongillo EA & Blössner M 2000. Is malnutrition declining? An analysis of changes in levels of child malnutrition since 1980. *Bulletin of the World Health Organization* 78:1.222-1.233.
- Pelletier DL 1994. The potentiating effects of malnutrition on child mortality: epidemiologic evidence and policy implications. *Nutrition Reviews* 52(12):409-415.
- Rose G 1992. *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press, Nova York.

Situação nutricional e transição epidemiológica

Nutritional situation and epidemiological transition

Eduardo Mota¹

Na avaliação dos principais aspectos evolutivos da situação nutricional brasileira em décadas recentes, Escoda (2002) apresenta para o debate os questionamentos que aprofundam a reflexão sobre as características da transição nutricional. A abordagem dos conceitos e métodos e do significado do quadro epidemiológico, no contexto dos determinantes sociais e do impacto da fome endêmica, resulta em elementos essenciais para as políticas, programas, serviços e ações de atenção à saúde para o enfrentamento da situação.

Dos aspectos metodológicos considerados é necessário, porém, situar mais precisamente o foco principal das questões mais relevantes. Reconhece-se a sensibilidade e a fidedignidade do método antropométrico para realizar estimativas de contagem de desnutridos em base populacional, considerando-se o déficit nas rela-

¹ Departamento de Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. emota@ufba.br

ções peso, altura e idade como indicador biológico da desnutrição. A adoção do restrito ponto de corte, no percentil 3 do padrão de classificação, se constitui em objeto central de questionamento dos métodos aplicados ao estudo do estado nutricional. Neste ponto, mais especificamente, tem procedência a crítica da opção de detectar os estados graves de desnutrição, opção esta que se faz em detrimento de um maior grau de sensibilidade do indicador, entre tantos estudos e até recentemente situado no percentil 10 e, neste caso, importante para revelar também a ocorrência de formas leves e moderadas de desnutrição. O reconhecimento da magnitude da cronicidade e das expressões clínicas anteriores às de maior gravidade, como se assinala com propriedade, é o que mais se aproxima da avaliação da real situação da desnutrição como parte do quadro de fome endêmica, embora não revele por si só toda a sua extensão e complexidade.

Sobre isto, acrescentaria às considerações expostas ao debate, que não se aplica o conceito de falso-positivo utilizado como argumento para a adoção do restrito critério diagnóstico. Por um lado, porque não são “falsos” os indivíduos classificados como positivos ao exame antropométrico quando se revela algum grau de déficit nutricional e, por outro lado, porque se denominam falsos-positivos aos que foram incluídos em um grupo definido pelo próprio critério de classificação. Em outras palavras, sabe-se que a opção por aumentar a especificidade do processo diagnóstico significa inevitavelmente diminuir a sua sensibilidade. Na verdade, a razão seria outra e ainda mais grave, considerando-se que a intenção de avaliar a situação nutricional pelo restrito critério recentemente adotado revela que a modificação do critério diagnóstico dirige-se à demonstração do sucesso de intervenções pela magnitude da redução da prevalência de desnutrição grave e não pela reversão do quadro de fome endêmica. Em vista disso, pelo menos dois aspectos se destacam das questões do método, no âmbito do conhecimento da situação epidemiológica da desnutrição e das políticas, programas e serviços de saúde voltados para sua reversão: as intervenções que privilegiam a vigilância nutricional como parte da atenção integral à saúde devem ser dirigidas à promoção e proteção da saúde, aí incluídas as ações que assegurem estado nutricional adequado ao crescimento e desenvolvimento; a vigilância à saúde inclui a prevenção de riscos e agravos em todas as suas expressões, uma vez

detectáveis com o instrumental disponível e, os estados precoces de manifestações biológicas que comprometem o indivíduo constituem prioridade ainda maior sob a perspectiva da promoção da saúde. Nesse sentido, acrescenta-se que aspectos da má nutrição e de carências nutricionais são igualmente importantes para o conhecimento da situação nutricional quando se pretende promover saúde no contexto das intervenções, ações e serviços.

Portanto, o questionamento dos procedimentos metodológicos e suas implicações para o conhecimento da situação nutricional não se situam no âmbito das contradições entre a epidemiologia, a clínica e o social. São as razões de uma dada abordagem metodológica que enviesam sua aplicação e os seus resultados. As aplicações do conceito e método de risco epidemiológico à vigilância nutricional indicam a opção por maior sensibilidade dos critérios diagnósticos, refinamento da identificação e caracterização de grupos populacionais expostos e ações efetivas sobre todo o espectro de situações de risco que reduzam a morbi-mortalidade associada aos estados carenciais. Adicionalmente, o conceito de risco epidemiológico oferece suporte aos estudos da determinação social das situações de exposição e agravo e contribui para o seu entendimento em relação aos processos sociais. A adoção de critérios diagnósticos que servem a propósitos outros que não aqueles que contribuem para o estabelecimento de ações dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde da população não se inclui entre os dilemas conceituais e metodológicos da epidemiologia.

A descrição da complexidade do quadro epidemiológico nutricional é feita com precisão e clareza quando se situa nas condições gerais de saúde da população brasileira, no contexto da organização dos serviços e do modelo de atenção à saúde, e quando se articula isto aos elementos explicativos de sua determinação social em décadas recentes. A ampliação do entendimento dos resultados dos inquéritos nutricionais, analisados à luz das desigualdades nas condições de saúde e da sua determinação social, e as expressões do traçado evolutivo dessas desigualdades e de seu aprofundamento, caracterizado como transição nutricional, tornam-se no debate o foco da crítica metodológica e conceitual.

As mudanças no perfil epidemiológico do estado nutricional com a persistência da fome endêmica e das formas graves, a cronicidade e a magnitude da ocorrência de estados carenciais, a obesidade e diabetes nos níveis descri-

tos caracterizam a transição nutricional, coerente, portanto, com o entendimento corrente sobre a transição epidemiológica no Brasil. A maior complexidade do quadro de riscos, agravos e doenças que caracteriza a situação epidemiológica inclui tanto a diversidade e magnitude das deficiências nutricionais, má nutrição, agravos associados e mudanças nos padrões de consumo alimentar, quanto as desigualdades sociais na distribuição desses graves problemas de saúde coletiva. Tomado como um processo, como indicam Possas & Marques (1994), o estado de transição da situação de saúde deve ser caracterizado pelos padrões evolutivos da morbidade, da mortalidade e da dinâmica demográfica e, por outra parte, Prata (2000) indica o entendimento da transição epidemiológica em sua dimensão ambiental. Na perspectiva do estudo das desigualdades sociais em saúde, a descrição e o entendimento dos padrões de distribuição espacial da desnutrição e de sua evolução temporal entre grupos populacionais se constituem em desafios para a produção de conhecimentos em saúde coletiva. A insuficiência de informações que revelem de maneira permanente a situação nutricional requer a ampliação das avaliações e estudos, uma vez que não há um sistema efetivo de vigilância nutricional, como se enfatiza. Mais especialmente, com referência à transição nutricional, os elementos do quadro explicativo articulados no processo de determinação social das condições de saúde e aquelas dimensões aplicadas ao estudo da transição da situação de saúde, demonstrados no artigo de Escoda (2002), apontam os caminhos para as abordagens integradoras da análise de situação de saúde e de seus padrões evolutivos. Devem ser especialmente avaliadas as implicações do que se revela nesse debate para a reorganização de serviços e para a implementação de mudanças no modelo de atenção à saúde.

Referências bibliográficas

- Escoda MSQ 2002. Para a crítica da transição nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva* 7(2).
- Possas CA, Marques MB 1994. Health transitions and complex systems. A challenge to prediction? *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 740:285-296.
- Prata PR 2000. *Epidemiological transition and the geography of mortality in Brazil: a study into the vulnerability of human populations and the macro-environment*. Tese de doutorado apresentada em Norwik, Inglaterra, 375pp.

A autora responde

The author reply

Maria do Socorro Quirino Escoda

Agradeço aos editores por oportunizar a minha tentativa de contribuição na discussão de uma questão tão relevante para a sociedade brasileira. Devo, em atenção aos mesmos, aos meus debatedores e aos leitores desta revista, esclarecer que a origem deste artigo foi um resumo apresentado ao V Congresso Latinoamericano de Nutrición da SLAN, em Buenos Aires, 2000, e a evento regional do mesmo ano em Cuba. Inclinei-me, portanto, a escrever sobre o que tem afligido minha tênue paciência acadêmica: aceitos de que a transição nutricional em curso esboçaria significativa melhora da situação nutricional da população brasileira. Esta afirmativa é freqüente nas análises, nas fontes de informação em saúde e no discurso de bem-intencionados membros da sociedade civil. No reforço deste argumento exemplificam que o problema nutricional que se apresenta na atualidade é a obesidade. Como se esta, em todas as suas expressões, aliada ao rebaixamento da gravidade da desnutrição que persiste em suas formas leves e intermediárias, não mensuradas, fosse resultado da otimização do consumo alimentar. A concepção dominante, me parece, estaria aproximada por diferentes *zooms* de uma mesma realidade.

Ao submeter o artigo "Para a crítica da transição nutricional" à publicação, não tive, verdadeiramente, a menor pretensão de questionar a ocorrência da chamada transição e sim pontuar elementos da evolução da situação nutricional, os processos ocorridos na chamada transição, e nomear suas características. Os passeios que faço nas áreas da nutrição, da saúde pública e da sociologia têm os vistos do passaporte da minha formação e da prática nesses campos do conhecimento. Pretendo, menos ainda, encerrar este debate em forma de réplica. Os acréscimos à discussão do tema são mérito da editora desta revista, paciente escultora desta produção, e dos meus debatedores, que, com o devido rigor e carinho dos mestres, formularam críticas absolutamente pertinentes e tiveram, além da competência científica, a tolerância literária ao buscarem compreender e elucidar um tema das atuais complexidades, num texto não devidamente esclarecedor de minha parte.

Os debatedores aprofundaram elementos da discussão que eu telegraficamente mencionei, na minha excessiva paixão pela síntese e reconhecida dificuldade na narrativa escrita. A eles, minhas palavras, meus pensamentos e meus melhores gestos de reconhecimento pela real contribuição ao tema e ao meu aprendizado. Não tenho o que lhes retorquir ou refutar, no sentido literal da réplica. Faço, portanto, algumas considerações sobre o que me ocorre de mais contundente dentre as questões por eles pontuadas.

Destaco de Eduardo Mota as consistentes e respeitadas considerações que tece:

- Na procedente observação que faz acerca do que me refiro sobre as contradições e dilemas entre a epidemiologia, a clínica e o social. Bem dito e, para o enquadramento do meu discurso, entendo que os dilemas são entre si – as contradições que ocorrem são na práxis do campo da clínica e do social na utilização dos procedimentos epidemiológicos – e não da ciência em si. Confessadamente, os contextualizei mal. Entendi, ademais, que este autor sugere e assim concordo que os vieses que perpassam as opções por determinados procedimentos metodológicos podem dar guarida a interesses de racionalidade de recursos e leituras diferenciadas de uma dada realidade.
- O entendimento mútuo de que o reconhecimento da magnitude da cronicidade é o traço mais forte da situação nutricional brasileira como parte do quadro de fome endêmica, e que a cronicidade, por si, não expressa toda a extensão e a complexidade desse quadro. A complexidade consiste na estrutura das relações dos meios de produção e determina organização social cuja condução no nível macro, através das políticas públicas e estas, na concepção de suas finalidades sociais e transversalidades na intervenção, não altera os determinantes sociais específicos da questão alimentar e nutricional.

De Sonia e Silvana, e Sueli:

- Além da reconhecida dificuldade de me fazer entender, a elegância com que avaliam as possibilidades que tem o texto, senão para o aprofundamento, para a revisão do tema.
- Esclareço que não esbocei tentativa de discutir os determinantes e sim os processos e as características da transição nutricional. Neste sentido, considero que as autoras o enriqueceram ao procederem à meticulosa compilação de estudos e dados que considero complementares ao esclarecimento da transição mas que, no meu modesto entendimento, conferem pe-

sos iguais para multifatores que não são fundamentais na determinação social e explicação do problema. Por exemplo, não me parece um paradoxo a convivência da obesidade de ordem alimentar por déficit, com a desnutrição. Ao contrário, são faces da mesma moeda, como tento explicitar no texto. A teoria da determinação social da doença é a ferramenta mais aproximada na explicação da realidade sanitária e nutricional. As expressões mórbidas ontogenéticas da obesidade não são de etiologia social nem têm a magnitude para o setor saúde em termos da elevada prevalência que as duas formas de obesidade prevalência que as duas formas de obesidade alimentar. E estas têm distintas etiologias: a dos ricos e a dos pobres, nos pontos extremos da escala de consumo.

Quanto às idéias citadas de Rose e Pelletier, sem tecer maiores comentários, friso que concordo com as duas primeiras na definição de elegibilidade e prioridade da atenção nutricional. As demais reforçam em sentido contrário os procedimentos que questiono na priorização dessa atenção.

- Merece registro especial o que as autoras avaliam sobre a incipiente vigilância alimentar e nutricional, sua amplitude e complementaridade a ser implementada no contexto da vigilância à saúde. Entendo que, a rigor, não existe SISVAN no Brasil. Ocorrem sistemas localizados de informação de dados antropométricos, não sistematizados, consolidados e padronizados, posto que: a caracterização da vigilância é a sua condição de quantificação e de alarme na predição das tendências, de ação através da hierarquização do tratamento e intervenção em todas as formas e estágios das doenças nutricionais de maior prevalência.

Concluindo, mais do que responder a todas as questões formuladas e suscitadas neste debate, tentei esclarecer meu entendimento de que ocorreram mudanças no estado nutricional da população brasileira que modificaram o seu padrão epidemiológico. Reafirmo meu entendimento de que houve transição e de que os processos nela ocorridos e o perfil das doenças nutricionais nela configurados em ocorrência desigual e combinada a caracterizam, mais para a sua complexificação do que para a sua otimização.