

Da privação ao excesso de comida

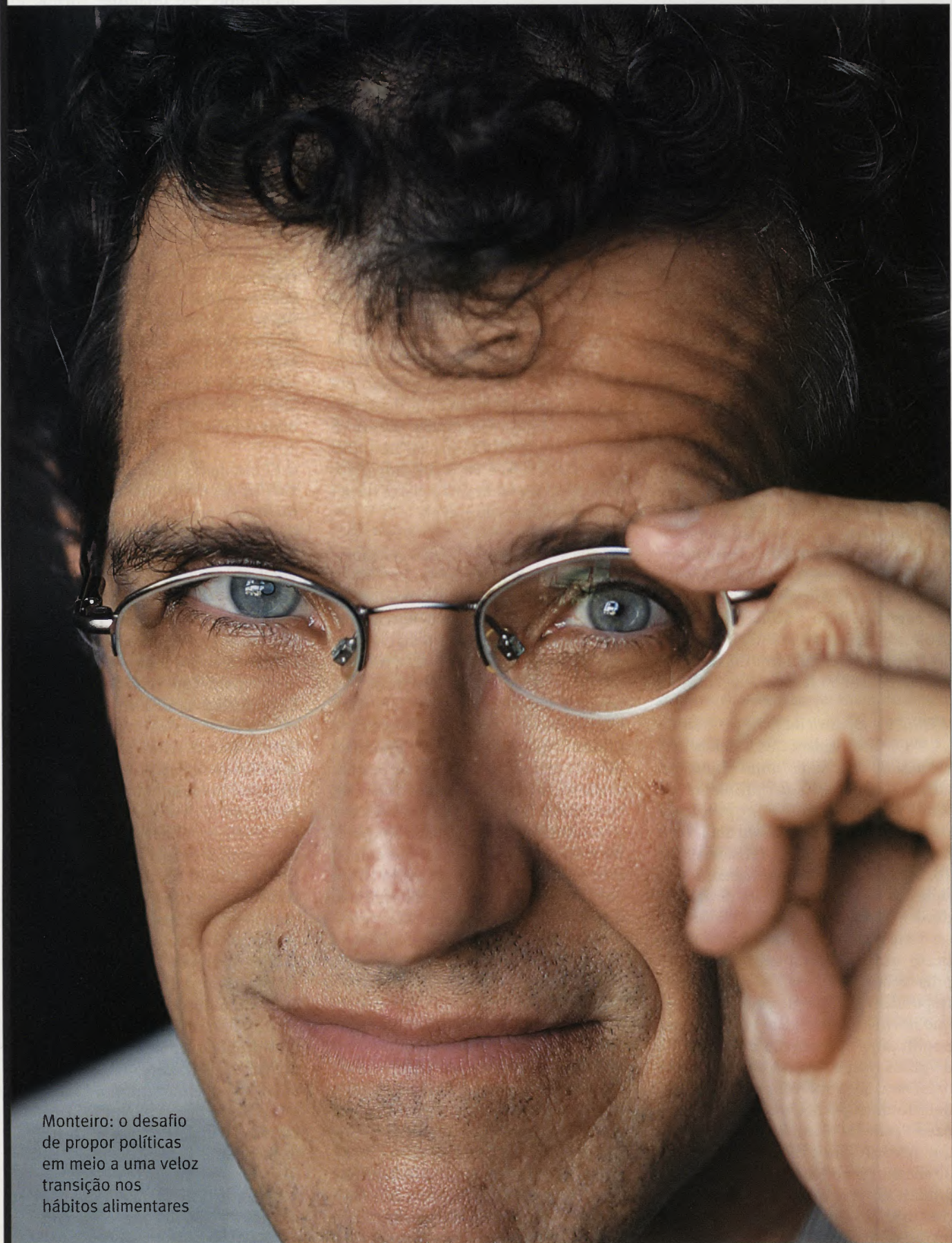
FABRÍCIO MARQUES

A sociedade brasileira viveu transformações rápidas e radicais no campo da nutrição nas últimas décadas. Da fome que tangia retirantes até a década de 1970, o país também passou a conviver com o espectro da obesidade que ameaça até mesmo os estratos mais pobres da população. O médico epidemiologista Carlos Augusto Monteiro, de 57 anos, há três décadas vem se dedicando a estudar o chamado fenômeno da transição nutricional no Brasil. Busca compreender causas e identificar implicações para o aperfeiçoamento de políticas públicas na área da alimentação, nutrição e saúde. Em grande parte por conta das pesquisas e publicações deste pesquisador, o Brasil desfruta da condição, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de ser um dos países do mundo que melhor vem documentando e analisando o fenômeno da transição nutricional.

Professor titular do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP e coordenador científico do Núcleo de Estudos Epidemiológicos em Nutrição e Saúde (Nupens),

Monteiro liderou nos anos 1990 um projeto temático da FAPESP executado por uma equipe de epidemiologistas, demógrafos, economistas, sociólogos e especialistas de várias áreas da saúde pública sobre as características e a natureza das mudanças no perfil das condições de saúde e nutrição da população brasileira na segunda metade do século 20. O projeto redundou no livro *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*, que alcançou o Prêmio Jabuti em 1995. Desde 1997, Monteiro codirige a força-tarefa da International Union of Nutritional Sciences sobre transição nutricional e, nesta função, dedica-se em particular a desvendar as relações existentes entre pobreza e obesidade nos países em desenvolvimento.

Recentemente, o pesquisador esteve no epicentro de uma polêmica com o governo federal por conta de uma publicação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), segundo a qual a obesidade se tornou um problema de saúde pública muito mais sério no país do que a fome, flagelo restrito a alguns poucos rincões do semi-árido nordestino. A publicação, que teve grande divulgação, foi produzida por uma equipe de pesquisadores e de técnicos



Monteiro: o desafio de propor políticas em meio a uma veloz transição nos hábitos alimentares

FOTOS MIGUEL BOYAVAN-D

TRATAMENTO DE IMAGENS JOSÉ ROBERTO MEDDA

do IBGE e do Ministério da Saúde coordenada por Monteiro. O trabalho foi criticado pelo próprio presidente da República, que viu na pesquisa um desafio à prioridade de seu governo no combate à fome. Monteiro manteve-se sereno, mas não evitou a polêmica. “Reza o senso comum que o Brasil é um país que sofre de doenças devidas à escassez, à miséria absoluta. Mas quando você examina objetivamente os dados, vê que não é bem assim. A opinião pública, infelizmente, nem sempre repousa no conhecimento científico”, afirma.

Casado, pai de duas filhas, avô de dois netos, Monteiro não é daqueles médicos que pregam uma coisa e fazem outra na vida pessoal. Cuida da alimentação, procura se exercitar com frequência e prega a importância de os professores darem bom exemplo aos alunos. Tempos atrás, quando chefiou o Departamento de Nutrição pela primeira vez, resolveu criar um ambiente livre de cigarro, no que logo foi seguido pelos chefes dos demais departamentos. “Parece uma coisa sem importância, mas não é. O professor exerce uma influência importante e é preciso ser coerente. Não é aceitável que um professor de saúde pública fume nos corredores ou engula sanduíches com refrigerantes no meio da aula”, afirma.

■ *Qual é o espectro da fome no Brasil?*

— A OMS considera que a deficiência crônica de energia em uma população adquire conotação de problema de saúde pública quando a proporção de pessoas adultas magras, ou seja, com índice de massa corporal abaixo de 18,5 quilos por metro ao quadrado, é superior a 5%. Proporções de indivíduos magros entre 5% e 10% devem ser vistas como sinal de alerta e justificam um monitoramento, enquanto proporções até 5% são normais e correspondem à fração de pessoas magras que normalmente existe em qualquer população. A proporção média de indivíduos magros na população adulta brasileira, segundo estimativas do inquérito antropométrico nacional realizado pelo IBGE em 2003, é de 4%, o que não situaria a deficiência crônica de energia como um problema de saúde pública no país como um todo. Situações que justificariam um monitoramento do problema (6 a 7% de indivi-

duos magros) foram encontradas pelo IBGE nas áreas rurais da Região Nordeste e, de modo geral, entre famílias com renda inferior a um quarto de salário mínimo *per capita*. Felizmente, em nenhuma região ou estrato de renda foram encontradas situações em que a deficiência crônica de energia representaria um inquestionável problema de saúde pública. A comparação do inquérito de 2003 com inquéritos anteriores do IBGE realizados nas décadas de 1970 e 80 indica tendência de queda da deficiência crônica de energia e permite projetar para um futuro próximo a virtual eliminação do problema em todo território nacional. Embora o problema ainda subsista no semi-árido nordestino e entre famílias muito pobres, a situação brasileira hoje nada tem a ver com aquela encontrada, por exemplo, no Haiti, na Etiópia ou na Índia, onde 20%, 30% e 50% dos indivíduos adultos apresentam sinais claros da deficiência crônica de energia.

■ *Deficiência crônica de energia e fome querem dizer a mesma coisa?*

— A deficiência crônica de energia é a modalidade de distúrbio nutricional que mais se aproxima do significado que a palavra fome tem para a maioria das pessoas, com a vantagem de que temos indicadores objetivos para o seu diagnóstico na população. Por vezes se utiliza o termo fome como sinônimo de pobreza, do não acesso das pessoas a necessidades básicas. Antes de ajudar, creio que este uso livre da palavra fome só confunde as coisas e iguala o problema daqueles que não têm o que comer, que, felizmente, são poucos no Brasil dos nossos dias, com aqueles que não dispõem de moradia adequada, saneamento, assistência à saúde e educação de qualidade. Infelizmente, esses ainda são muitos.

■ *E qual é o espectro da obesidade no Brasil?*

— Entre os homens, a trajetória da obesidade é explosiva em todo o país, com aumentos de 50% a cada 15 anos. Entre as mulheres, o aumento maior aconteceu nas décadas de 1970 e 1980, observando-se certa estabilidade nos anos 1990, exceto na Região Nordeste e entre as famílias de baixa renda, em que a obesidade feminina continua au-

mentando. De qualquer forma, em ambos os sexos, quatro em cada dez adultos sofrem de excesso de peso no país. A obesidade já é o segundo fator que mais mata e causa doenças no Brasil, atrás apenas do consumo do álcool. O mesmo inquérito do IBGE de 2003 revelou um aumento substancial do teor de gorduras em geral e de gorduras saturadas na alimentação do brasileiro, a manutenção de níveis absurdamente elevados de consumo de açúcar e aumentos geométricos no consumo de alimentos processados ricos em gordura, sal e açúcar, incluindo biscoitos, embutidos, refrigerantes e refeições prontas. Esses fatores são consistentes com o papel destacado da obesidade, da hipertensão e de colesterol alto no perfil das doenças e de mortalidade do país.

■ *O estudo do IBGE do qual o senhor participou, mostrando que a obesidade no Brasil é um problema de saúde pública bem maior do que o da fome, foi criticado pelo presidente da República. Qual sua avaliação do incidente?*

— Muitas vezes se levantaram contra ou a favor deste estudo. Em toda minha experiência de pesquisador, não lembro de outro estudo que tenha causado maior repercussão. Uma parte da polêmica eu atribuo ao fato de que muitas declarações e opiniões sobre o estudo foram feitas por pessoas que aparentemente não consultaram a publicação, mas sim reagiram a declarações e opiniões de outros que também não leram a publicação. A outra parte da polêmica eu atribuo ao fato de que os resultados revelados pelo estudo contrariaram uma visão, digamos, superficial da realidade sanitária do país. Segundo essa visão, os maiores problemas de saúde da população brasileira decorreriam de doenças associadas à escassez, à miséria absoluta, enquanto os problemas relativos ao excesso de consumo, como a obesidade, seriam exclusivos das classes sociais mais abastadas. De qualquer modo, acho que o estudo do IBGE alimentou de forma saudável o debate em torno da realidade brasileira.

■ *A reação não foi da opinião pública. Foi do governo, que tem como bandeira o combate à fome...*

— A reação do governo não foi homogênea. Houve, sim, comentários que procuraram desqualificar o estudo do IBGE ou pelo menos as implicações óbvias que ele trouxe, mas houve também reações ponderadas e imbuídas de espírito construtivo. É preciso considerar que o atual governo do país foi eleito tendo o combate à fome e à pobreza como uma de suas maiores senões sua maior bandeira e também é preciso levar em conta que o partido que lidera o governo tem uma longa e reconhecida tradição de lutar pelas questões sociais. Tudo isso produz a idéia de uma certa infalibilidade do governo em tudo que se refira à área social. Só que políticas sociais não são feitas apenas com boas intenções, precisam de diagnósticos corretos e de análises sem vícios dos problemas que pretendem corrigir.

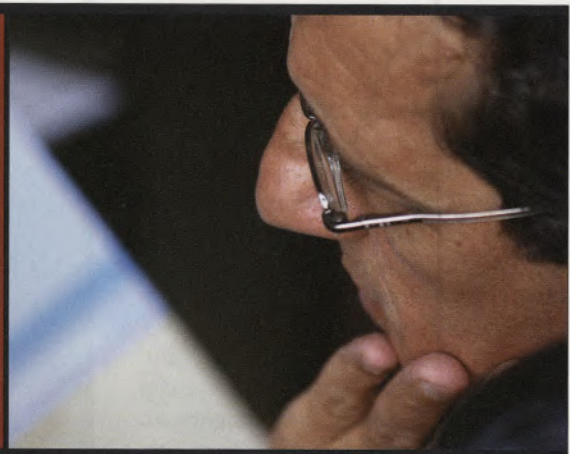
■ *Qual sua avaliação sobre o Programa Fome Zero?*

— O começo, centrado nas campanhas de doação de alimentos, no desfile de celebridades e em idéias de difícil adjetivação, como a exigência de notas fiscais para comprovar o gasto das famílias beneficiadas com a compra de alimentos, foi de fato sofrível. Mas a direção que o programa tomou posteriormente, enfatizando a transferência de renda para famílias abaixo da linha de pobreza e incentivando a frequência das crianças nas escolas e os acompanhamentos de saúde nas unidades básicas de saúde, foi sem dúvida positiva. Claro que essas ações se destinam basicamente a combater a pobreza, e não a fome. Mas a pobreza no país é suficientemente importante para relevarmos a impropriedade semântica.

■ *O combate à fome não passa pela distribuição de alimentos?*

— Como já disse, ainda há regiões com sinais de deficiência crônica de energia, principalmente o semi-árido do Nordeste. Lá, a oferta de alimentos é instável, devido à questão da seca e a uma estrutura econômica arcaica, bastante diferente do resto do país. Há também a difícil e complexa situação das comunidades indígenas do país. Eventualmente, em situações de emergência cíclica, você tem que pensar realmente em socorro, em distribuir ali-

“A dramaticidade da fome mobiliza mais a sociedade do que a luta contra a pobreza. Talvez por isso a fome seja supervalorizada”



mentos, e de maneira eficaz, rápida. O país precisaria ter nessas regiões sistemas de monitoramento ágeis sobre a disponibilidade e consumo de alimentos – o que ainda não tem – pois a fome quando ocorre é devastadora e não espera. Mas é claro que a solução definitiva para essas regiões não é distribuir alimentos. É remover as causas que determinam o problema, basicamente com instrumentos de desenvolvimento local.

■ *Autoridades do governo referiram-se a uma suposta fome gorda, que contempla uma associação da obesidade com a desnutrição. Isso existe?*

— Além novamente da impropriedade semântica, este argumento não se sustenta. No Brasil, pelo menos por enquanto, o alimento típico da população mais pobre ainda é o arroz, o feijão, uma verdura, um pouco de carne. O feijão, por exemplo, é um excelente alimento, relativamente barato, fonte de proteínas, micronutrientes e fibras, e que nada tem de obesogênico, ao contrário. Do ponto de vista do risco da obesidade, os pobres no Brasil, no geral, tendem a se alimentar melhor do que os ricos, pois consomem menos gorduras e menos alimentos processados, que habitualmente têm alta densidade energética. Mas este quadro é diferente nos países desenvolvidos, onde a industrialização intensa da produção de alimentos barateou o custo da alimentação e tornou os alimentos processados mais acessíveis do que os alimentos *in natura*. Devemos estar atentos, pois essa mesma situação poderá ocorrer no futuro no Brasil.

■ *Por que se supervaloriza o problema da fome?*

— Acredito que um cientista político poderia responder melhor esta pergunta, mas me arrisco a dizer que a dramaticidade da fome e o fato de ela mobilizar mais a sociedade do que a pobreza são elementos que mecerem ser considerados.

■ *Há políticas sociais que podem ser sacrificadas com a supervalorização do problema da fome?*

— Recentemente foram alocados recursos expressivos do orçamento do Ministério da Saúde para o programa do governo de transferência de renda. A argumentação usada foi que, combatendo-se a pobreza, combateríamos a fome e assim estaríamos melhorando a saúde das pessoas. Mas a realidade brasileira não autoriza este raciocínio simplista e, de fato, é bastante provável que investimentos diretos na rede básica de saúde e em saneamento ambiental ofereçam retornos para a saúde da população muito maiores do que aqueles associados à transferência de renda.

■ *Qual o risco de só ter olhos para a fome num país em que a obesidade avança?*

— Quando você cria um programa de transferência de renda, ou quando a economia cresce, as pessoas ampliam sua capacidade de consumo. O que elas irão consumir a mais? Estudos que fizemos sobre a relação entre renda e consumo alimentar indicam que é bastante provável que famílias de muito baixa renda comprem mais alimentos e que melhorem a qualidade nutricional de sua alimentação, diversificando

a dieta e sobretudo aumentando o consumo exíguo de produtos de origem animal como carnes e laticínios. Essas mudanças poderão melhorar as condições de nutrição e de saúde das pessoas, em particular de crianças de pequena idade. Mas não se pode assegurar o mesmo para famílias com rendas ainda baixas a ponto de serem parte da clientela de programas de transferência de renda, mas não tão baixas.

■ Por quê?

— Entre essas famílias o aumento no consumo de produtos de origem animal pode facilmente levar ao excesso de consumo de gorduras, em particular de gorduras mais prejudiciais à saúde, as gorduras saturadas. Também é bastante provável que cresça entre essas famílias o consumo de alimentos processados, em geral altamente calóricos, ricos em gordura, açúcar e sal e pobres em fibras e micronutrientes. Ainda é provável que se observe aumento no consumo de bebidas alcoólicas e na quantidade de cigarros consumidos pelos fumantes. O hábito de fumar no país cada vez se vê mais concentrado nos segmentos mais pobres da população. Em resumo, não há nenhuma segurança de que o efeito final do aumento do poder aquisitivo de segmentos relevantes da população brasileira resulte em melhoria de suas condições de nutrição e de saúde. Claro que o aumento do poder aquisitivo da população de baixa renda poderia produzir resultados mais positivos para suas condições de nutrição e saúde, mas precisaríamos contar com mais ações na área de informação e educação nutricional da população e com medidas fiscais e regulatórias que tornassem mais acessíveis alimentos saudáveis como frutas e hortaliças, por exemplo, e menos atraentes os alimentos pouco saudáveis.

■ Que tipo de política pública teria força para combater o problema da obesidade?

— Em primeiro lugar é preciso reconhecer que o controle do avanço da obesidade é bastante complexo e necessita de ações que envolvam desde modificações na agricultura, que possibilitem maior oferta de alimentos saudáveis, até mudanças no planejamento



O Brasil é um país incrivelmente permeável a mudanças. E não incorporamos só hábitos equivocados, mas também mensagens positivas

urbano, capazes de estimular a prática regular de atividade física nas cidades. Medidas fiscais que tornem mais acessíveis os alimentos saudáveis e menos acessíveis os alimentos não saudáveis são indispensáveis, assim como medidas regulatórias que disciplinem os limites para a propaganda de alimentos, proibindo completamente a propaganda dirigida a crianças. O esforço permanente e sistemático para educar e conscientizar as pessoas sobre a importância da alimentação saudável e da luta contra o sedentarismo é obviamente essencial. Em síntese, controla-se a obesidade apoiando, protegendo e promovendo práticas de vida saudáveis.

■ Que países conseguiram resolver essa equação?

— Há exemplos bem-sucedidos de países desenvolvidos que têm conseguido reverter o crescimento da obesidade ou mesmo de prevenir o seu surgimento como problema de saúde pública. No primeiro caso temos o exemplo da Finlândia e no segundo caso os exemplos do Japão e da Coreia do Sul. O paralelo com a redução do tabagismo conquistada a partir de políticas públicas

corajosas por vários países, inclusive o Brasil, é inevitável. Nos anos 1960, mais da metade da população masculina brasileira fumava, no final dos anos 1980, quando o Brasil iniciou esforços sistemáticos para controlar o tabagismo no país, os fumantes ainda eram cerca de 40%, mas agora sabemos que apenas um em cada quatro ou cinco adultos segue fumando. Alega-se muitas vezes que o poder econômico da indústria de alimentos é muito grande, mas o da indústria de cigarros também não é? De qualquer forma, desde o ano passado, temos um grande aliado na luta para o controle da obesidade e das demais doenças crônicas associadas à alimentação não saudável e ao sedentarismo. Trata-se da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde formulada pela OMS, discutida por vários anos com a comunidade científica e com os governos nacionais e, finalmente, aprovada pela Assembleia Mundial de Saúde em maio de 2004. O avanço maior dessa estratégia, que foi duramente combatida pelos Estados Unidos e por setores contrariados da indústria de alimentos, em particular os produtores de açúcar, está em admitir que informações sobre escolhas mais saudáveis quanto à alimentação devem ser acompanhadas de ações governamentais sobre o ambiente que tornem essas escolhas factíveis e mais fáceis, incluindo medidas fiscais e de regulação, que poderão não ser apreciadas pelos setores econômicos que lucram com o consumo de alimentos não saudáveis.

■ A pesquisa do IBGE mostrou uma outra realidade: a obesidade avança, mas há fatias da população, como as mulheres de classe média, que estão menos gordas do que estavam nos anos 1980, num raro exemplo de inversão da tendência. A que o senhor atribui isso?

— O Brasil é um país incrivelmente permeável a mudanças. Ao mesmo tempo que incorporamos determinados hábitos inadequados, estilos de vida não saudáveis, a gente também incorpora mensagens positivas. Isso parece ter acontecido com mulheres brasileiras que possuem nível médio ou superior de escolaridade. O inquérito de 2003 evidenciou que em todo o país, com exceção da Região Nordeste, a

obesidade entre mulheres de classe média parou de subir ou mesmo estaria declinando. Os dados disponíveis não possibilitam conhecer os determinantes desta tendência, que ainda não foi descrita em nenhum outro país em desenvolvimento. De qualquer forma, na população masculina brasileira não há qualquer sinal de arrefecimento do crescimento da obesidade em nenhum estrato social.

■ *Dizer que a garota de Ipanema está ficando gorda, como sugeriu a polêmica reportagem do jornal The New York Times, é uma injustiça...*

— Um absurdo completo, talvez a garota de Bangu, mas certamente não a de Ipanema.

■ *Se a fome sofreu uma redução drástica no Brasil nos anos 1970, a desnutrição infantil só foi ceder mais recentemente, nos anos 1980 e 1990. Por quê?*

— A desnutrição do adulto é de modo geral um problema de escassez, de falta absoluta de alimentos. Você só tem fome quando a miséria é extrema. Se o adulto tiver comida, mesmo vivendo em um meio desfavorável, dificilmente apresentará sinais clínicos de desnutrição. O aumento da renda familiar proporcionado pelo crescimento da economia brasileira nos anos 1970 foi decisivo para reduzir a exposição da população adulta à desnutrição. Já a desnutrição infantil tem outros determinantes além da renda familiar. Destaca-se, em particular, a exposição seguida da criança a episódios de doenças infecciosas que acabam por minar o seu estado nutricional. E os principais fatores de prevenção dessas doenças – o saneamento ambiental, a assistência básica de saúde e a escolaridade das mães – só recentemente chegaram aos estratos mais pobres da população brasileira.

■ *O brasileiro é sedentário?*

— Em um estudo que fizemos a partir de outro inquérito do IBGE realizado no país em 1997 mostramos que apenas 3% dos adultos seguiam a recomendação de fazer pelo menos 30 minutos diários de exercícios físicos na maior parte dos dias da semana. Embora em outros países, sobretudo desenvolvidos, haja mais pessoas se exercitando, não dá para dizer que o país é

um campeão em sedentarismo porque uma parte da população tem ocupações que demandam gasto energético regular e intenso. A partir de um sistema de monitoramento por entrevistas telefônicas, que estamos no momento testando em várias capitais do país, estimamos que na cidade de São Paulo a proporção de pessoas completamente sedentárias, ou seja, que não fazem com mínima regularidade qualquer tipo de atividade física moderada ou intensa, passa de 50%. E, no caso das mulheres, há uma relação inversa do sedentarismo com a escolaridade, ou seja, quanto menor a escolaridade, mais frequente o sedentarismo. Essa relação inversa oferece uma pista interessante para se compreender por que a prevalência de obesidade em mulheres mais pobres suplanta em duas a três vezes a mesma prevalência em mulheres mais ricas. O estudo dos padrões e determinantes da atividade física na população é uma das grandes prioridades para a pesquisa em saúde pública no país.

■ *E o que pode ser feito?*

— Bem, o tamanho e a complexidade dos problemas nutricionais em uma sociedade como a brasileira são tão grandes que às vezes fica difícil convencer os formuladores de políticas públicas e os tomadores de decisão de que vale a pena investir nesta área. Como já disse antes, as ações consistentes na área da promoção da alimentação saudável são essencialmente aquelas que combinam informação e motivação com mudanças no ambiente que permitam a escolha de opções saudáveis. No final de 2004 fizemos um experimento relativamente simples em uma comunidade muito carente do bairro do Grajaú, na Zona Sul de São Paulo. Primeiramente fizemos um estudo de campo que documentou a carência dessa comunidade com relação à comercialização de alimentos saudáveis. As opções para compra de alimentos que encontramos praticamente se restringiam a pequenos negócios que vendiam alimentos processados, como arroz, macarrão, sardinha em lata e salchicha. Produtos frescos como frutas e hortaliças eram raros e quando existentes tinham péssima qualidade e preços altos. A seguir estudamos durante um mês o padrão de compra e de consumo

de alimentos de uma amostra das famílias. A primeira parte da intervenção que implementamos na comunidade consistiu em oferecer à metade das famílias selecionadas informações sobre alimentação, nutrição e saúde e oficinas de culinária que ensinavam a preparar refeições saudáveis utilizando com mais frequência frutas, verduras e legumes. Na segunda parte da intervenção, estendida a todas as famílias, criamos um “armazém volante” que passou a percorrer as ruas da comunidade três vezes por semana durante quatro semanas comercializando frutas e hortaliças frescas e de boa qualidade compradas no Ceagesp. A avaliação do impacto da intervenção, ainda em andamento, indica um aumento de cerca de 20% no consumo de frutas e hortaliças apenas com as atividades educativas e de motivação e um aumento de 50% com a intervenção completa. Estamos realizando este estudo com financiamento do CNPq sobre pesquisas em segurança alimentar.

■ *O senhor vê o futuro com otimismo?*

— Pergunta difícil. No caso, por exemplo, de deficiências na oferta de alimentos saudáveis e no grau de informação da população, creio que a solução não é tão difícil e dependerá sobretudo da clarividência de governos municipais e da alocação de investimentos públicos. Há outras medidas igualmente factíveis que estão em andamento em vários municípios brasileiros, como a melhoria da qualidade nutricional da alimentação escolar e a restrição da venda de alimentos não saudáveis nas cantinas escolares. Mas há outras medidas de política pública, igualmente necessárias, que encontram mais resistência na sociedade e sobre as quais avançamos muito pouco. Por exemplo, medidas que restrinjam a publicidade de alimentos não saudáveis e proíbam totalmente a propaganda na televisão dirigida especificamente a crianças, na linha do que já se fez em vários países desenvolvidos. Há um projeto tramitando há muito tempo no Senado Federal, de autoria do senador Tião Viana, do PT do Acre, cuja aprovação poderia ser um importante sinalizador da preocupação dos parlamentares brasileiros e do governo com o processo de transição nutricional por que passa nosso país. •