



MONOGRAFIA

ENFRENTAR TEMPOS DE CRISE:
REPERCUSSÕES NA SAÚDE E NA
ALIMENTAÇÃO DAS POPULAÇÕES

**Dealing with Crisis Times:
Consequences to People's Health and Food
Patterns**

Diana Manuela Fernandes Moreira

Orientação: Prof. Doutor Pedro Graça

Índice

Lista de Abreviaturas.....	i
Resumo e Palavras-chave em português.....	ii
Resumo e Palavras-chave em inglês.....	iii
1.Introdução.....	1
2.O Estado da Economia: o Presente e o Futuro.....	4
3.O Desemprego em Portugal e na Europa: seus Números e Consequências.....	6
3.1.O Mercado de Trabalho em Portugal.....	7
3.2.Impacto nos Serviços de Saúde.....	7
4.Impacto nos Estilos de Vida: que alterações?.....	9
4.1.Impacto no Padrão Alimentar.....	12
4.2.Outras Variáveis.....	14
5.A Pobreza e a Saúde Alimentar.....	14
5.1. A Realidade Portuguesa.....	17
6.O Peso da Alimentação para as Famílias Portuguesas.....	17
6.1.Refeições fora de Casa.....	18
7.Intervenções no Combate à Pobreza: Programas de Transferência de Renda	18
7.1.Rendimento Social de Inserção.....	19
7.2.Programa Bolsa Família.....	20
8.Programas de Assistência Alimentar: em busca da Segurança Alimentar	21
9.A Europa e Portugal em Acção.....	24
9.1.O exemplo Brasileiro.....	28

10.O Papel do Nutricionista.....	30
11.Análise Crítica – Conclusão.....	33
12.Referências Bibliográficas.....	35
13.Anexos.....	39
14.Anexo 1.....	40

Lista de Abreviaturas

APN – Associação Portuguesa dos Nutricionistas

DGS – Direcção Geral de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

FMI – Fundo Monetário Internacional

FSE – Fundo Social Europeu

IA – Insegurança Alimentar

IAL – Insegurança Alimentar Leve

IAMG – Insegurança Alimentar Moderada ou Grave

INE – Instituto Nacional de Estatística

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

RSI – Rendimento Social de Inserção

SA – Segurança Alimentar

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

UE – União Europeia

USDA – Departamento de Agricultura dos Estados Unidos

Resumo

A crise económica que o país e o mundo enfrentam está a provocar alterações significativas no modo de vida das pessoas. O aumento dos preços dos bens essenciais e o desemprego, que não pára de crescer, têm obrigado muitas famílias a mudar completamente o seu estilo de vida, incluindo a sua alimentação.

Paradoxalmente, essas alterações têm-se traduzido em taxas de obesidade e excesso de peso mais elevadas, entre os grupos populacionais financeiramente mais limitados.

Importa, assim, perceber de que forma é que uma situação de pobreza influencia os hábitos alimentares das populações, ou seja, em que medida é que estar em desvantagem económica determina uma situação de insegurança alimentar, com repercussões na saúde alimentar dos indivíduos.

No sentido de contrariar e/ou reverter este cenário, urgem medidas de cariz interventivo no seio das comunidades, nas quais o Nutricionista pode e deve prestar o seu contributo. É essencial apostar na prevenção, sensibilizando, informando e instruindo a população para que seja capaz de conciliar uma alimentação sensata e saudável com o seu limitado poder de compra.

A educação alimentar e nutricional, numa linha de promoção da saúde, parece ser a chave para minorar o impacto da crise nos padrões alimentares e, em última instância, no estado de saúde das populações.

Palavras-chave: crise económica; desemprego; pobreza; insegurança alimentar; padrão alimentar; obesidade; educação alimentar.

Abstract

The world and the country are facing an economical crisis which is causing very serious changes in people's lifestyles. The higher prices and the nonstop rising unemployment rates are forcing many families to drastically change their lifestyle, including their diet.

Paradoxically, those changes are rising the overweight and obesity rates, especially among most financial limited population's groups.

It is important to understand how poverty influences people's food habits, in other words, how an economic disadvantage can determine a food insecurity situation, with consequences to people's quality diet.

In order to reverse this scenario there are some urgent health promotion actions that must be taken in the middle of communities, in which the nutritionist must participate actively. Those actions should resettle in prevention, providing awareness, information and practice skills to people, so they can conciliate a healthy diet with their limited purchasing power.

Nutritional education, based on health's promotion, appears to be the key to attenuate the financial crisis impact in population's health and food patterns.

Key-words: economical crisis; unemployment; poverty; food insecurity; food patterns; obesity; nutritional education.

1. Introdução

Não é possível definir o período certo em que se iniciou esta reviravolta na economia mundial. O ano de 2005 parece ter sido decisivo; até agora, o mundo tem-se visto a braços com uma tempestade económico-financeira sem precedentes.

Surgiu, entretanto, uma esperança de recuperação económica e começou a cultivar-se a ideia de que o pior já teria passado. No entanto, assiste-se, actualmente, a uma crescente incerteza em relação à evolução da economia a médio prazo. Esta crise financeira internacional, a subida dos preços do petróleo e dos produtos alimentares, bem como a desaceleração da economia nacional e dos nossos principais parceiros comerciais implicam uma revisão em baixa das previsões de crescimento em Portugal ⁽¹⁾.

O clima de recessão económica que se vive em toda a Europa pode continuar a originar graves problemas financeiros durante os próximos anos: a Europa atravessa mesmo a pior recessão desde a 2ª Guerra Mundial ⁽²⁾.

Numa altura em que se vive um clima de grande instabilidade económica e financeira em Portugal e no Mundo e em que se assiste a uma tendência crescente no número de desempregados, surge uma grande preocupação acerca da forma como esta crise está a ameaçar as condições de vida das populações.

Irene Khan, Secretária-Geral da Amnistia Internacional, afirma que “o mundo está sentado sobre uma bomba política, social e económica” e que “subjacente à crise económica está uma crise de direitos humanos”. Por isso, a par das medidas económicas para travar a crise, defende que é importante “investir” também nas pessoas ⁽³⁾.

Com este cenário tem-se ouvido uma nova expressão: “os novos pobres”, que representa aqueles que num ápice se viram no desemprego, sem a sua fonte de sustento, uma situação para a qual não estavam minimamente preparados e com a qual não são capazes de lidar.

O facto é que o impacto do aumento dos preços dos alimentos e dos combustíveis a nível mundial empurrou mais de 100 milhões de pessoas para a pobreza, com graves consequências para o seu estado nutricional. O desafio a partir de agora é evitar que a crise económico-financeira que o Mundo atravessa dê origem a uma crise social e de saúde ⁽⁴⁾.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), investir nos sistemas de saúde deve ser parte integrante da resposta à crise por parte dos governos, com especial atenção para as populações mais vulneráveis ⁽⁵⁾.

Apesar de esta crise se ter desencadeado nos países industrializados, os países em desenvolvimento estão a ser os mais afectados: para a maioria, os problemas financeiros já são crónicos e a situação de dificuldade não é nova. O que é preocupante é que pode agravar-se ainda mais e originar cenários sociais devastadores. Para que a crise económica mundial não deite por terra alguns progressos já alcançados por estas nações, é crucial que se estabeleça um grande sentido de solidariedade, não só entre os países “dadores” e os que requisitam a sua ajuda, mas também entre os governos e os seus cidadãos e entre os próprios cidadãos ⁽⁴⁾.

Quebras nas exportações e nos investimentos privados espelham bem o impacto da crise, tanto nos países de baixa como nos de média e alta renda, culminando com um aumento do número de desempregados. Tudo isto se reflecte nos orçamentos e no poder de compra das famílias: vêem-se obrigadas a adoptar

medidas de contenção de custos que se repercutem, inevitavelmente, no seu estado de saúde.

Se por um lado esta situação veio aumentar a prevalência de subnutrição em todo o mundo, particularmente em alguns países em desenvolvimento devido à crescente escassez de alimentos, também têm ocorrido alterações no padrão alimentar das populações precisamente no sentido contrário ao que seria de esperar. Essas alterações decorrem do aumento dos preços dos alimentos, que leva as pessoas a fazer opções mais económicas e nutricionalmente mais pobres (4, 6).

As consequências deste fenómeno merecem ser discutidas, já que está em causa a saúde, o estado nutricional, a qualidade de vida e o bem-estar físico, social e mental das pessoas, agora e no futuro.

Entre 1995 e 2000, 46% dos portugueses passaram pela pobreza em, pelo menos, um desses anos. Em 2005, a taxa de pobreza em Portugal era de 20% (na Europa dos 25 essa taxa rondava os 16%), valor que se tem mantido relativamente estável até à actualidade. Dados da investigação de Alfredo Bruto da Costa sobre o fenómeno da pobreza em Portugal revelam que, os salários e vencimentos, bem como as pensões constituem as principais fontes de rendimento dos portugueses, sobretudo dos agregados mais pobres; ao todo, representam cerca de 61% dos rendimentos dessas famílias ⁽⁷⁾.

Se assim é, importa compreender de que forma é que os padrões alimentares e a saúde dos referidos “*novos pobres*”, filhos da crise, podem ser afectados por todas estas dificuldades económicas que o país e o mundo atravessam.

Este trabalho pretende fazer, inicialmente, um enquadramento do panorama económico a nível mundial, europeu e nacional, bem como reflectir acerca do impacto dessa situação nos padrões alimentares e na saúde das populações. Mais concretamente, as questões que se devem colocar são: de que forma é que uma situação de pobreza pode afectar a saúde das pessoas, nomeadamente a saúde alimentar, e em que medida é que o Nutricionista poderá actuar perante esta situação, sobretudo junto das comunidades locais.

Fazer um diagnóstico do problema poderá ser o primeiro passo para a criação de soluções!

2. O Estado da Economia: o Presente e o Futuro

A crise já levou muitos países (Roménia, Hungria, Ucrânia, Islândia, entre outros) a recorrer ao fundo de emergência do Fundo Monetário Internacional (FMI) ⁽⁸⁾. Vários países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) entraram em recessão e as trocas comerciais a nível mundial nunca estiveram tão em baixa desde 1980. Essa recessão económica que se verifica nos países mais ricos afecta directamente os mais pobres: diminuem as exportações, as ajudas, os investimentos. Alguns comprometeram-se a não reduzir os apoios dirigidos às nações mais pobres, embora outros países já tenham anunciado cortes nos auxílios. A ajuda por parte dos países do G8 também fica a desejar, ao contrário do que ficou acordado na cimeira de 2005 na Escócia ⁽⁴⁾.

A Comissão Europeia espera que o défice público em 2009 seja mais do dobro do que se registou em 2008 (2% para 4,5%) ⁽⁸⁾.

Segundo dados recentes da OCDE, Portugal não foge à regra e, tal como se verifica em todo o Mundo, também nós estamos a atravessar uma grande recessão económica: as exportações diminuíram drasticamente, tal como o investimento público. Espera-se que, ao longo deste ano, a actividade económica continue a contrair e só para 2010 se prevê o início de uma muito lenta recuperação, não só em Portugal mas em todo o mundo ⁽⁹⁾.

O crescimento económico na Europa abrandou significativamente. A produção industrial diminuiu, a indústria automóvel atravessa sérios problemas em vários países (incluindo Portugal) e o “boom” que se verificou no sector da construção civil na década passada e que contribuiu para um grande crescimento económico está a reverter em vários países da Europa Central e de Leste. Há imensas empresas a encerrar ou a reduzir a sua actividade de forma significativa, o que resulta num aumento do desemprego em toda a Europa. A maioria dos países da Europa Ocidental e alguns da Europa Central e de Leste estão a por em prática planos para estimular a economia nacional, que vão desde aumentos no investimento público, criação de postos de trabalho, redução dos impostos sobre pequenas e médias empresas, aumento dos impostos sobre tabaco, bebidas alcoólicas e combustíveis, entre outras estratégias. As receitas de Estado estão a ser afectadas pelo aumento dos preços, pelo que os governos se vêm obrigados a fazer grandes esforços para manter a estabilidade do sector financeiro ⁽⁸⁾.

3. O Desemprego em Portugal e na Europa: seus Números e Consequências

A taxa de desemprego em Portugal vai continuar a subir, atingindo um valor, ainda incerto, mas com dois algarismos. As previsões apontam para uma taxa de cerca de 10% de desempregados nos países da OCDE em 2010, a mais elevada desde 1970. A Comissão Europeia faz uma previsão ainda mais pessimista: para o mesmo período, está prevista uma taxa de desemprego na zona euro à volta dos 11,5%. Em números, no final do ano passado havia cerca de 37 milhões de desempregados nos países da OCDE; para o fim de 2010 este número deverá rondar os 57 milhões de pessoas ⁽¹⁰⁾.

Dados recentes do *Eurostat* (Maio de 2009) – Gabinete Estatístico das Comunidades Europeias - mostram que a taxa de desemprego em Portugal ronda os 9,3%, como se pode ver no Gráfico 1.

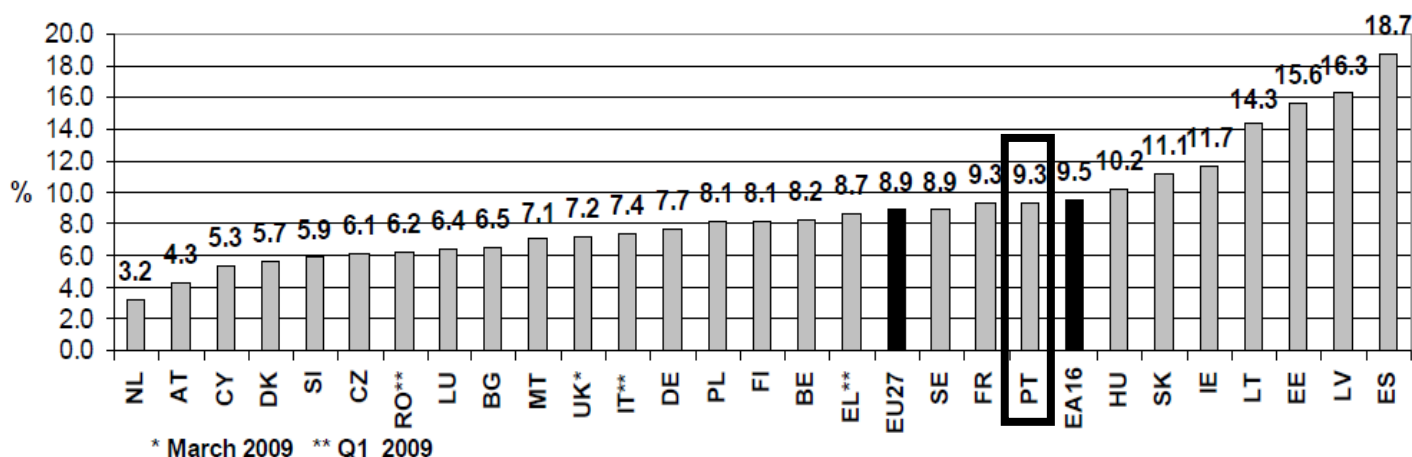


Gráfico 1 – Taxa de desemprego (%) registada em Maio de 2009, na Europa ⁽¹¹⁾.

Comparativamente ao mesmo período do ano passado (Maio de 2008): a taxa de desemprego na Euro Área aumentou de 7,8% para 9,5%, valor mais elevado desde Maio de 1999; quanto à Europa dos 27, a taxa de desemprego

registou um aumento de 6,8% para 8,9%, a mais elevada desde Junho de 2005 (11).

3.1. O Mercado de Trabalho em Portugal

Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) mostram que no ano de 2005 se registou um aumento de 2,2% no número de inscritos no Centro de Emprego face ao ano anterior. Os acréscimos mais acentuados verificaram-se no desemprego feminino, nos que procuravam o primeiro emprego e entre os desempregados com nível de instrução superior. Foi na região Norte que o desemprego mais cresceu. De acordo com o INE, no ano de 2007 verificou-se uma trajectória ascendente na taxa de desemprego, tendo chegado aos 8%, a mais elevada desde 1998. Isto representou um aumento da população desempregada na ordem dos 4,9%, face ao ano de 2006. Nos últimos anos, a taxa de desemprego em Portugal foi-se aproximando da média europeia: em 1998 correspondia a metade da média dos países da União Europeia (UE) e em 2007 já se encontrava 0,8% acima da média dos 25 países da UE (12).

Actualmente, Portugal apresenta uma das taxas de desemprego mais elevadas da UE e as previsões para o futuro não são as melhores.

3.2. Impacto nos Serviços de Saúde

Como já foi referido, muitos países de alta e média renda sentem o aumento dos números do desemprego e um crescimento económico abaixo do esperado, com o seu impacto nos sistemas de saúde (4).

Os orçamentos de Estado têm sido revistos em quase todos os países europeus, incluindo Portugal. O sector da saúde é um dos que mais tem sentido o

peso das quebras orçamentais ⁽⁸⁾. No entanto, medidas dessa ordem podem originar graves problemas a longo prazo caso as dificuldades económicas se mantenham ^(4, 8).

Em vários países da Europa de Leste já se sente um aumento exacerbado nos preços dos serviços de saúde e dos medicamentos ⁽⁸⁾.

Cerca de 64% dos portugueses admite já ter deixado de fazer exames ou tratamentos médicos de que necessitavam por não poderem suportar os custos. O acesso aos serviços de saúde fica aquém das necessidades entre a população mais pobre. Por outro prisma, uma saúde deficitária interfere negativamente na condição económica do indivíduo: se não tem saúde, não pode trabalhar e, se não trabalha não tem recursos para tratar da sua saúde. É, portanto, um ciclo vicioso ⁽⁷⁾.

Esta dificuldade em recorrer aos cuidados de saúde por parte de muitas famílias pode culminar num aumento da prevalência de diversas doenças.

De forma a contornar e/ou minimizar estas consequências é importante apostar no desenvolvimento de programas de prevenção eficazes: uma sociedade saudável é capaz de reunir mais esforços em prol do mesmo objectivo, reflectindo o sucesso de intervenções políticas e sociais a outros níveis ⁽⁴⁾.

4. Impacto nos Estilos de Vida: que alterações?

Receia-se que o aumento dos preços de bens essenciais induza, nos consumidores, alterações marcadas do seu estilo de vida, podendo traduzir-se numa verdadeira ameaça à saúde das famílias ⁽⁸⁾. Além disso, comportamentos de risco como o consumo excessivo de álcool e/ou drogas, usados para “combater” os sentimentos depressivos inerentes a todos estes acontecimentos, podem tornar-se mais frequentes em resultado destas alterações das condições de vida das pessoas ⁽¹³⁾.

Em simultâneo com uma crise económica, podemos estar perante uma verdadeira crise alimentar.

Segundo a OMS, o aumento do preço dos alimentos desencadeou um impacto profundo, agravando a prevalência de malnutrição em todo o Mundo. As pessoas já começaram a substituir os alimentos que normalmente consumiam por outros mais baratos ⁽¹⁴⁾, nutricionalmente mais pobres e a fazer menos refeições ao longo do dia. Alterações nos padrões de crescimento de crianças e adolescentes, bem como no peso médio da população adulta e no seu estado nutricional, reflectem essas modificações dos hábitos alimentares; além disso, a prevalência de doenças crónicas não transmissíveis tem aumentado substancialmente ⁽¹⁵⁾.

Os preços e os orçamentos disponíveis afectam directamente as escolhas alimentares e, conseqüentemente, a qualidade da alimentação ⁽⁶⁾.

Partindo da ideia de que fazer uma alimentação saudável e equilibrada é dispendioso, assiste-se a um aumento do consumo de “*comidas rápidas*” em muitos países ⁽¹⁵⁾.

Dietas monótonas, à base de alimentos de elevada densidade energética (com açúcar adicionado, à base de cereais refinados e ricos em gorduras) e baixo valor nutricional, como snacks, refrigerantes e *fast food*, têm-se tornado muito características entre as famílias mais pobres; para isto contribui o facto de serem muito acessíveis em termos de custos, bem como a sua grande palatabilidade ^(6, 16, 17).

Curiosamente, ao contrário do que seria expectável, têm-se verificado taxas de excesso de peso e obesidade superiores entre os grupos populacionais mais pobres ^(6, 16, 18, 19). Esta doença está a assumir proporções ainda mais preocupantes do que a subnutrição, mesmo em alguns países em desenvolvimento, onde já se assiste a um aumento acentuado das taxas de obesidade ^(14, 20). Nesses países, a obesidade já não pode ser vista como uma doença típica das classes sociais mais elevadas ⁽²⁰⁾.

Antes de mais, importa definir dois conceitos base para a discussão desta problemática, são eles: segurança e insegurança alimentar.

Pode dizer-se que um indivíduo está em segurança alimentar (SA) quando tem acesso físico e económico, a qualquer altura, a uma alimentação suficientemente segura e nutritiva, que lhe permita fazer uma vida saudável e activa ^(21, 22); a verdadeira SA só é alcançada quando existe consciência da existência de alimento certo e em quantidade suficiente, que permita ao indivíduo satisfazer as suas necessidades básicas: é sinónimo de autonomia para o acesso aos alimentos a qualquer altura. Trata-se do direito da liberdade de viver sem fome ⁽²³⁾.

Por outro lado, a insegurança alimentar (IA) é definida como o acesso limitado ou incerto a uma alimentação nutricionalmente adequada e segura ^(22, 24).

Não significa, necessariamente, uma redução da quantidade de alimentos disponíveis ou uma ingestão energética insuficiente, podendo referir-se, apenas, a uma redução na qualidade e/ou variedade da dieta ⁽²²⁾. De facto, basta que os padrões alimentares habituais sofram alterações ou que as escolhas alimentares se modifiquem e/ou condicionem em resultado de dificuldades económicas para estarmos perante uma situação de IA ⁽¹⁴⁾.

Estar nessa condição é preditivo de uma maior incidência de doenças crónicas não transmissíveis relacionadas com a obesidade. Surge, então, um possível paradoxo ^(24, 25), dado que seria de esperar que baixos recursos económicos se traduzissem, à partida, em escassez alimentar, subnutrição e eventualmente fome.

Todavia, evidências científicas demonstram uma associação positiva entre a ocorrência de IA e o aumento da prevalência de excesso de peso e/ou obesidade, bem como de co-morbilidades associadas, com especial relevo em crianças ^(18, 22) e mulheres ⁽²⁵⁾, sobretudo as que pertencem a minorias étnicas ⁽²⁶⁾. Townsend e col. demonstraram que à medida que os níveis de IA aumentam, num grupo de mulheres, a prevalência de excesso de peso acresce em cerca de 34%, quando comparadas com mulheres numa situação alimentar segura ⁽²⁴⁾.

Também Marinho e col. verificaram um crescimento da prevalência de excesso de peso e obesidade em grupos populacionais de baixos recursos, dentro dos quais as mulheres são mais atingidas do que os homens, com valores na ordem dos 21% e 5,6%, respectivamente ⁽¹⁷⁾.

Os adolescentes também parecem ser particularmente vulneráveis a esta situação; segundo um estudo de Widome e col., adolescentes em IA assumem: consumir *fast food* com maior frequência, fazer menos refeições em família, bem

como suprimir a toma do pequeno-almoço mais vezes ao longo da semana, comparativamente a adolescentes sem dificuldades. Apresentam, ainda, uma maior ingestão de gordura e maior predisposição para um índice de massa corporal acima do percentil 95 ⁽²⁷⁾.

Para além de ser um importante factor potenciador do excesso de peso, a IA está associada a comportamentos depressivos - o stress provocado pelo baixo poder económico e pela escassez de alimentos pode resultar em sintomas depressivos ⁽²⁸⁾.

Assim, tanto a saúde em geral, como a saúde mental em particular são, significativamente, afectadas de forma negativa pela IA ⁽²⁹⁾.

4.1. Impacto no Padrão Alimentar

Importa saber, concretamente, o que muda na alimentação dos indivíduos que atravessam uma condição de IA.

Panigassi e col., compararam o perfil de consumo alimentar de um conjunto de famílias em IA com o padrão alimentar de outras famílias sem esse problema, analisando o consumo diário de 14 alimentos ou grupos de alimentos ⁽³⁰⁾.

As famílias que participaram no estudo foram divididas em três grupos: Segurança Alimentar (SA), Insegurança Alimentar Leve (IAL) e Insegurança Alimentar Moderada ou Grave (IAMG).

Refeição	SA	IAL	IAMG	<i>p</i> -valor*
	_____	% _____		
Café da manhã	4,6	9,3	19,6	0,0004
Almoço	1,9	2,3	11,2	0,0003
Jantar	3,5	7,7	13,2	0,0123

Quadro 1 - Proporção de informantes das famílias que não realizam as refeições diariamente, por categoria de SA, Segurança Alimentar.

As famílias em IAMG omitem mais frequentemente pelo menos uma das refeições diárias (pequeno-almoço, almoço ou jantar), tal como se pode constatar no Quadro 1. Algumas destas famílias chegam a dispensar cerca de 68% do seu orçamento para a aquisição de alimentos, o que põe em causa o seu perfil alimentar e, em última instância, o seu estado de saúde. Além disso, o acesso a outros bens essenciais para uma vida digna e de mínima qualidade pode ficar seriamente comprometido. Apenas metade destas famílias assume consumir carne, leite e derivados; por sua vez, as famílias em SA apresentam um consumo 11 vezes superior de derivados do leite, relativamente às famílias em IAMG. Cerca de 88% das famílias em IAMG não consome frutas e 58% admite não consumir verduras, facto que contribui para o aumento da prevalência de doenças crónicas degenerativas neste grupo populacional ⁽³⁰⁾.

Indivíduos em IA, com poucos recursos económicos, manifestam padrões alimentares pouco diversificados, com baixas ingestões de hortofrutícolas ^(6, 29-31) e cereais integrais; verifica-se, também, um maior consumo de refrigerantes, bem como de leite gordo (em detrimento de leite meio-gordo ou magro) nesta população mais vulnerável ⁽³¹⁾.

Evidências científicas sugerem, ainda, a existência de um ciclo mensal de abundância/restricção na ingestão alimentar, associado ao desenvolvimento de excesso de peso e/ou obesidade em indivíduos que atravessam uma situação de IA: períodos de ingestão alimentar excessiva (quando há dinheiro disponível para comprar alimentos) alternam com períodos de grande restricção alimentar (quando se esgotam os recursos económicos). Este perfil resulta num ganho de peso de forma gradual ^(24, 32). São, portanto, necessários programas de educação alimentar e nutricional que tornem estes indivíduos capazes de fazer uma melhor

gestão do seu orçamento, permitindo-lhes uma distribuição mais sensata dos alimentos disponíveis ao longo do mês, de forma a evitar variações tão drásticas na sua ingestão alimentar ⁽³²⁾.

4.2. Outras Variáveis:

O desemprego, os orçamentos familiares mais baixos e níveis de instrução académica inferiores são características mais proeminentes em indivíduos com excesso de peso/obesidade, demonstrando uma associação positiva entre esta patologia e uma situação de desvantagem económica, com maior importância nas mulheres. Uma possível explicação para este fenómeno poderá ser a discriminação que muitos destes indivíduos sofrem no mercado de trabalho: não conseguem emprego porque são obesos e, conseqüentemente, ficam económica e socialmente afectados ^(33, 34).

5. A Pobreza e a Saúde Alimentar

As desigualdades sociais são cada vez maiores em todo o mundo e a crise financeira tem agravado profundamente esse fosso.

O novo aumento do preço do petróleo, que se espera para breve, reflectir-se-á no custo dos alimentos. Na UE, cerca de 16% da população está em risco de pobreza, já contabilizando com as transferências sociais ^(7, 13).

A forma mais objectiva e a mais frequentemente utilizada para identificar uma pessoa pobre compreende a avaliação das suas condições de vida, bem

como a análise dos bens e das necessidades materiais, designadamente a sua alimentação, a forma como se veste, as condições de habitação, o seu estado de saúde, entre outros aspectos facilmente observáveis. Neste caso, corresponderá à situação de não satisfação dessas necessidades ⁽⁷⁾.

No entanto, a pobreza é um fenómeno amplo e complexo, que encerra um conjunto de factores tão diversos que a torna de difícil definição ^(7, 23, 35, 36), relacionando-se com os conceitos de necessidade, estimativa de vida e insuficiência de recursos ⁽²³⁾. O carácter subjectivo inerente ao conceito de pobreza faz com que este seja muitas vezes visto à luz de uma perspectiva economicista e estanque: a análise dos rendimentos e bens materiais é a mais utilizada para definir quem é pobre ou não ^(7, 35).

Uma coisa é possível afirmar com certeza: pobreza é sinónima de falta de recursos e configura uma situação de privação de algo, estando associada à negação de direitos humanos fundamentais ^(7, 36). Traduz, assim, a preocupação com a satisfação de determinadas condições para se ter acesso a um dado padrão de vida ^(7, 23).

Contudo, a resolução da privação não faz com que o indivíduo deixe de ser pobre: é necessário resolver a falta de recursos, ou seja, a pessoa tem de tornar-se auto-suficiente e passar a ter um rendimento seguro que lhe permita manter um determinado nível de vida, capacitando-a de satisfazer as suas necessidades. Quando isto não acontece trata-se, não só, de uma forma de privação, como também se torna um factor de exclusão social ⁽⁷⁾.

A IA faz parte da esfera da pobreza; esta, por sua vez, relaciona-se intimamente com a desigualdade social, pelo que o acesso regular a uma

alimentação adequada deve ser encarado como um direito humano básico ^(21, 36, 37).

A desigualdade social é, por isso, um aspecto essencial na relação entre o alimento e o sujeito, de tal forma que as questões socioeconómicas se repercutem, inevitavelmente, no quotidiano alimentar e nutricional dos indivíduos ⁽²³⁾.

Tal como já foi dito, uma situação de pobreza leva a que as pessoas aumentem a ingestão de alimentos de elevada densidade energética, culminando num aumento do peso e da prevalência de obesidade: a pobreza não se traduz, necessariamente, em fome ⁽²³⁾, como se poderia pensar, à partida.

Ao formular políticas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) para combater estas tendências é importante contemplar a população alvo tendo em conta uma abordagem social, cultural e económica, além da dimensão biológica. Trata-se de valorizar os aspectos socioculturais do indivíduo para compreender os sentimentos produzidos pela incerteza de se alimentar e nutrir. A SAN está inserida no quotidiano dos indivíduos enquanto fenómeno social da alimentação humana, pelo que não significa, apenas, a disponibilidade do alimento, mas reflecte a segurança da relação que o indivíduo tem com o alimento. Assim, a educação alimentar e nutricional deve preocupar-se com o significado das escolhas alimentares de cada um, respeitando as suas crenças, hábitos e valores, porque fazem parte da sua identidade. Um padrão alimentar pode traduzir um modo de vida e vice-versa ⁽²³⁾.

5.1. A Realidade Portuguesa

Em Portugal, cerca de 20% da população é pobre e metade das famílias portuguesas vive numa situação vulnerável à pobreza ⁽⁷⁾. Os principais meios de subsistência dos portugueses são os rendimentos provenientes dos salários ou do capital (lucros, rendas, juros) e as pensões de reforma ou de sobrevivência ⁽⁷⁾. Os subsídios, as pensões sociais, o rendimento social de inserção (RSI), entre outras, são transferências de carácter assistencial, ou seja, são provisórias e configuram situações de dependência por parte do beneficiário. Desta forma, uma pessoa que não esteja a enfrentar uma situação de privação porque beneficia destas transferências continua a ser pobre, na medida em que não é autónoma financeiramente ⁽⁷⁾.

6. O Peso da Alimentação para as Famílias Portuguesas

De acordo com resultados dos Inquéritos às Despesas das Famílias (dados do INE de 2005/06), os gastos com produtos alimentares são mais elevadas nos agregados cujo rendimento principal tem origem em transferências sociais, constituindo cerca de 20% da sua despesa média anual. Nas famílias cujo trabalho é a principal fonte de rendimento, cerca de 15% da despesa média anual vai para produtos alimentares ⁽³⁸⁾.

A alimentação acarreta, portanto, mais esforços entre as famílias que dispõem de orçamentos mais reduzidos.

6.1. Refeições fora de Casa

Ao nível dos restaurantes, entre Fevereiro de 2008 e Março de 2009, o número médio de clientes por estabelecimento caiu cerca de 9,7%: o número de almoços decresceu 8,1% e o de jantares reduziu 11,6%. A maioria dos clientes destes estabelecimentos são locais (residentes na zona ou deslocados para o exercício da sua actividade profissional). No que respeita a cafetarias e pastelarias regista-se uma queda de 7,2% nos clientes em dias úteis e 4,9% nos clientes ao fim de semana. Quanto aos preços do cabaz de alimentos (que inclui: carne de porco, de vaca e de borrego, hortofrutícolas, leite, óleos e gorduras, açúcar, café e água mineral) verifica-se uma tendência crescente entre Janeiro de 2008 e Fevereiro de 2009: registou-se um aumento de 2,05%. O preço do cabaz de produtos alimentares situa-se agora nos 42,57€⁽³⁹⁾.

7. Intervenções no Combate à Pobreza: *Programas de Transferência de Renda*

No sentido de atenuar as dificuldades inerentes a uma situação de pobreza são criadas estratégias que, embora não resolvam a totalidade do problema, constituem um ponto de partida para a melhoria das condições de vida das pessoas.

Existe, de facto, uma associação positiva entre os *Programas de Transferência de Renda* e a SA: num estudo realizado no Brasil, Segall-Correa e col. verificaram um aumento de cerca de 8% na possibilidade de SA para cada 10 reais de acréscimo aos valores das transferências sociais. Este artigo mostra a

importância dos *Programas de Transferência de Renda* nas condições de vida das populações, sobretudo daqueles em situação de pobreza; mais concretamente, analisa a possibilidade de que beneficiar de programas deste género possa proporcionar uma situação de SA no domicílio ⁽³⁷⁾.

Este tipo de provisões de segurança social são, portanto, essenciais no contexto da carência alimentar ⁽³⁶⁾.

Em Portugal, as principais transferências sociais são: as pensões, o subsídio de desemprego, o complemento solidário para o idoso e o RSI ⁽⁷⁾.

7.1. Rendimento Social de Inserção (Portugal)

O RSI é, provavelmente, o programa de intervenção social mais relevante no panorama nacional.

Trata-se de um importante instrumento de combate à pobreza dirigido a indivíduos e/ou famílias em situação de grave carência económica, consistindo na atribuição de uma prestação juntamente com a implementação de um plano de inserção. O seu principal objectivo é conferir às pessoas e aos seus agregados familiares apoios adaptados à sua situação pessoal, que contribuam para a satisfação das suas necessidades essenciais e que favoreçam a sua progressiva inserção laboral, social e comunitária ^(40, 41).

Em particular, a vertente deste programa que se refere ao plano de inserção é constituída por um conjunto de acções que visam a criação de condições necessárias à integração e autonomia dos beneficiários, através do exercício de uma actividade profissional ou de outras formas de inserção. Este plano deve ser subscrito como um acordo entre os Núcleos Locais de Inserção e os beneficiários do RSI, englobando um conjunto de acções das quais se

destacam a participação em programas temporários de ocupação que favoreçam a inserção no mercado de trabalho ou satisfaçam necessidades sociais, comunitárias ou ambientais e, ainda, a prestação de apoio ao domicílio. Contempla, também, outros tipos de apoios, nomeadamente ao nível da saúde, educação, habitação e transportes. Os Núcleos Locais de Inserção integram representantes dos organismos públicos, responsáveis na respectiva área de actuação, pelos sectores da segurança social, do emprego e formação profissional, da educação, da saúde e das autarquias locais ⁽⁴⁰⁾.

Desta forma, o nutricionista pode e deve ser integrado nestes núcleos, com base concelhia, promovendo a educação para a saúde e a melhoria da capacidade de gestão do orçamento familiar.

7.2. Programa Bolsa Família (Brasil)

O *Programa Bolsa Família* é um tipo de transferência de renda cujos principais objectivos são o combate à pobreza e à desigualdade social no Brasil. Desde 2001 que se tem assistido a um aumento da renda dos mais desfavorecidos, ao passo que nas classes média e média alta os rendimentos estabilizaram ou diminuíram, graças à implementação de programas de transferência de renda, como o *Bolsa Família* ⁽³⁵⁾.

O foco deste programa é, portanto, o rendimento e está de facto a mostrar bons resultados, uma vez que tem conseguido aumentar a renda e o consumo dos estratos mais desfavorecidos da sociedade brasileira. Para algumas famílias, as que não possuem rendimentos fixos, este programa tem servido para evitar que passem por uma situação de fome, enquanto para outras funciona como um

“extra”, para que possam fazer uma alimentação mais diversificada ou investir noutros bens (sapatos, roupas ou material escolar) ⁽³⁵⁾.

8. Programas de Assistência Alimentar: em busca da Segurança Alimentar

A par dos programas de combate à pobreza existem, também, outras estratégias com objectivos mais específicos, designadamente *Programas de Assistência Alimentar*.

Os Estados Unidos da América (EUA) são pioneiros nesta área e são, sem dúvida, um exemplo a seguir. A construção de programas de assistência alimentar revelou-se de extrema importância, sobretudo para os grupos populacionais mais desfavorecidos e vulneráveis. O seu principal objectivo é, portanto, permitir o acesso desses indivíduos a uma alimentação adequada do ponto de vista nutricional. Consistem, na sua maioria, na distribuição de alimentos a crianças, em escolas, sob a forma de refeições ou rações alimentares; na atribuição de cupões ou senhas com descontos para a compra de alimentos nos mercados locais; e, ainda, na distribuição de alimentos em situações de emergência aos grupos mais vulneráveis da população ⁽⁴²⁾.

Os indivíduos que mais procuram este tipo de programas encontram-se, frequentemente, em IA ⁽⁴³⁾ e apresentam elevadas prevalências de obesidade, tratando-se, principalmente, de mulheres com baixos recursos económicos ⁽⁴⁴⁾.

De facto, existe alguma evidência de que a participação nestes programas por parte de indivíduos com dificuldades económicas previne, não só o

desenvolvimento de excesso de peso, como também de alguns sintomas depressivos. Pode, assim, concluir-se que estes programas têm um impacto nutricional e não nutricional, com efeito positivo na qualidade de vida das pessoas, proporcionando um aporte nutricional mais adequado ⁽²⁸⁾.

Como já foi referido, muitos programas deste género são dirigidos especificamente a crianças, cujas famílias têm baixo poder económico. Um estudo americano mostrou que crianças, sobretudo raparigas, que participam em programas de assistência alimentar (*Food Stamp Program, Special Supplemental Nutrition Program, National School Lunch Program*) apresentam menos 68% de probabilidade de desenvolver excesso de peso, quando comparadas com raparigas na mesma situação económica e que não integram os referidos programas ⁽⁴⁵⁾. São, portanto, capazes de modificar eficazmente os efeitos adversos da IA sobre a saúde das crianças ⁽²²⁾.

A US Department of Agriculture (USDA) possui vários programas de assistência alimentar e nutricional. O *Food Stamp Nutrition Education* é apenas uma das intervenções incluídas no *Food Stamp Program*, o principal programa de assistência alimentar da USDA ⁽⁴⁶⁾. A participação naquele programa está associada, positivamente, a uma melhoria significativa dos níveis de insegurança e insuficiência alimentar. Demonstra, também, a importância da educação para a saúde, nomeadamente da educação alimentar e nutricional na melhoria da SA. A aplicação deste programa baseia-se na exposição de um conjunto de “aulas”, ministradas nas próprias casas dos participantes, sendo dirigido especificamente a audiências com recursos financeiros limitados ⁽⁴⁷⁾.

O “*Spend Less. Eat Well. Feel Better.*” é um programa cujos objectivos principais são: melhorar a capacidade de gerir os recursos alimentares, melhorar

o estado de saúde em geral e, ainda, proporcionar um estado de SA. Indivíduos que participaram neste programa aumentaram, significativamente, a sua ingestão de hortofrutícolas, comparativamente ao grupo controlo. Além disso, constatou-se uma melhoria na sua capacidade de gestão do orçamento disponível ⁽⁴⁸⁾.

Destacam-se, ainda, outras intervenções no âmbito da melhoria da SA: a revitalização do sector agrícola de forma sustentável pode ser uma estratégia importante para impulsionar as comunidades rurais pobres e os pequenos agricultores, promovendo a sua participação nas políticas económicas e nas estratégias de produção agrícola e alimentar ⁽²¹⁾, através, por exemplo, da distribuição de sementes e ferramentas de trabalho a agricultores com poucos recursos; intervenções para melhorar as capacidades do capital humano das comunidades, provendo instrução, educação e saúde aos cidadãos, permitir-lhes-ão procurar melhores oportunidades de emprego, entre outras. É fundamental que haja um interesse público, por parte dos governos e das instituições, na implementação de planos deste tipo, capazes de fomentar comportamentos alimentares saudáveis e diminuir a exposição da população a alimentos pouco interessantes do ponto de vista nutricional ⁽⁴²⁾.

Urgem, portanto, mais acções de sensibilização que cheguem efectivamente a todas as classes da população, abordando os principais factores de risco e as consequências da obesidade e suas co-morbilidades; é importante, também, apostar na criação de ambientes social, económica e culturalmente mais favoráveis à prática de estilos de vida saudáveis para todos os segmentos da população, sobretudo no que respeita ao exercício físico e à alimentação ⁽²⁰⁾.

Várias intervenções deste tipo podem contribuir, sinergeticamente, para a reversão do problema da elevada prevalência de obesidade nas comunidades de baixa renda ⁽¹⁹⁾.

9. A Europa e Portugal em Acção

Os países que fazem parte da Região Europeia da OMS reuniram, em Abril deste ano, em Oslo para discutir o impacto desta crise na saúde, realçando a importância da colaboração e interacção entre países com problemas semelhantes. A troca de experiências e a comunicação entre nações é fundamental para antecipar os efeitos e minorar as consequências desta tempestade económica ⁽⁴⁾.

Eram várias as questões em cima da mesa, das quais se destacam duas: *“De que forma é que a crise está a afectar a saúde e os sistemas de saúde dos países europeus?”* e *“Como assegurar que o sector da saúde pode contribuir efectivamente para a redução da pobreza e das desigualdades sociais?”* ⁽⁵⁾.

As principais conclusões a que chegaram assentam nos seguintes pontos: Ministros da Saúde e das Finanças devem trabalhar em conjunto, para que os efeitos dos cortes orçamentais sobre os serviços de saúde sejam mínimos, tal como já foi referido; a nível mundial, importa garantir que a ajuda por parte dos países mais ricos chega realmente aos países em desenvolvimento; os planos de contingência na área da saúde devem basear-se em informações credíveis, obtidas a partir de uma análise eficaz do impacto da crise país a país, bem como

da monitorização de sinais de alarme e identificação de populações mais vulneráveis; a aposta nos cuidados de saúde primários deve ser prioritária, para que todos tenham a mesma possibilidade de acesso a eles ⁽⁵⁾.

As respostas à crise no âmbito da saúde devem ser capazes de promover a justiça social, pelo que a OMS e a Organização das Nações Unidas (ONU) estão a trabalhar em conjunto em todos os países para garantir a subsistência dos mais pobres ⁽⁴⁾.

Por sua vez, a Comissão Europeia criou o Fundo Social Europeu (FSE), um programa de apoio ao emprego e à redução das diferenças dos padrões de vida entre os estados-membros e regiões da UE, promovendo a coesão económica e social. Trata-se de um elemento fundamental da *Estratégia de Crescimento e Emprego* da UE, cujo principal objectivo é melhorar o nível de vida dos cidadãos europeus, proporcionando-lhes mais competências profissionais e melhores perspectivas de emprego. Para o período de 2009 – 2010, a UE disponibilizou 77 mil milhões de euros para o FSE (cerca de 10% do seu orçamento total) ⁽⁴⁹⁾.

Em Portugal, a Direcção Geral de Saúde (DGS) emitiu um documento com *Orientações Gerais*, que vai ao encontro do que foi discutido na cimeira da OMS em Abril. Também a DGS reconhece a importância da colaboração entre os diversos sectores, sobretudo entre os domínios social e educativo, para que as medidas adoptadas sejam frutíferas ⁽⁵⁰⁾.

Ainda antes da referida cimeira da OMS em Abril, o Director Geral de Saúde, Francisco George, fez um comunicado a propósito do impacto da crise na alimentação de crianças e jovens em idade escolar, realçando a ideia de que a situação em Portugal ainda não é alarmante. Esse comunicado anunciou, em

caso de necessidade, a possibilidade de alargamento do período de fornecimento de refeições escolares, designadamente aos fins-de-semana e durante as férias escolares; destaca-se a importância do envolvimento do Ministério da Educação para a implementação desta estratégia. Nessa altura, estava já em fase de implementação um sistema de alerta com 68 postos de observação, com o objectivo de identificar, antecipadamente, possíveis alterações no que respeita aos hábitos alimentares, à saúde mental e à acessibilidade aos cuidados de saúde da população ⁽⁵¹⁾.

A prevalência de doenças crónicas continua a aumentar em Portugal e comportamentos de risco, como consumo excessivo de álcool e/ou drogas, são mais frequentes. Teme-se um aumento da prevalência de diversas patologias, nomeadamente obesidade infantil e, num outro extremo, o aparecimento de casos de subnutrição. Desta forma, a DGS pretende actuar antecipadamente, implementando medidas preventivas e eficazes, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários. Assim, as suas principais linhas de actuação neste âmbito serão: apostar na prevenção de situações de maus hábitos alimentares dos cidadãos; promover a auto-estima da população, prevenindo eventuais depressões ou episódios de violência; garantir o acesso aos cuidados de saúde e aos medicamentos de forma equitativa ⁽⁵⁰⁾.

É, por isso, importante reforçar e continuar a apostar em programas de educação alimentar e promoção de estilos de vida saudáveis, contrariando a tendência para o aumento do consumo de *“comida de plástico”*.

Neste contexto, interessa divulgar novas mensagens, nomeadamente *“ensinar a comer melhor com menos dinheiro”*. Para esse efeito, já está prevista a divulgação de menus económicos e saudáveis nos meios de comunicação social

(televisão, jornais), na internet (portal da DGS, portal do Cidadão), em escolas, centros de saúde e hospitais. Por sua vez, empresas que adotem boas práticas no âmbito da responsabilidade social a este nível serão incentivadas com “prémios de prestígio” e divulgação na comunicação social das suas acções ⁽⁵⁰⁾.

Como se pode ver no Cronograma em anexo (anexo 1), desde o início deste ano que a DGS está em acção. Ao longo do mês de Julho será feito o ponto de situação ⁽⁵²⁾.

A Plataforma Contra a Obesidade, em cooperação com a DGS, também já está a implementar algumas medidas. Acedendo ao *site* da Plataforma é possível ver algumas dicas para fazer uma alimentação mais económica e nutricionalmente equilibrada; estão, também, disponíveis várias receitas a baixo custo ^(53, 54).

Por sua vez, a Associação Portuguesa dos Nutricionistas (APN) elaborou um documento intitulado *“Dicas para escolhas alimentares compatíveis com uma alimentação saudável e económica”*, já disponível no *site* da mesma ⁽⁵⁵⁾. Além disso, foi também construído um conjunto de documentos, com exemplos de refeições saudáveis para todos os dias ao longo de 4 semanas, com os respectivos custos, também disponíveis no *site* da APN ⁽⁵⁶⁻⁵⁹⁾.

Estas acções têm procurado mostrar à população que é possível conciliar o baixo poder de compra com uma alimentação equilibrada.

9.1. O exemplo Brasileiro

No Brasil, foi criada uma Política de Alimentação e Nutrição (PNAN) que atesta os compromissos do Ministério de Saúde relativamente à falta de alimentos e à pobreza, mas, também, configura as suas responsabilidades no que respeita às altas taxas de prevalência de excesso de peso e obesidade. As directrizes desta política assentam nos seguintes pontos:

- 1) Estimular acções intersectoriais com vista ao acesso universal aos alimentos – articulação do sector da saúde com outros sectores governamentais para esse efeito;
- 2) Garantir a segurança e a qualidade aos alimentos – controlar a qualidade sanitária e o valor nutricional dos alimentos;
- 3) Monitorizar a situação alimentar e nutricional – descrição contínua das condições de alimentação e nutrição da população (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional);
- 4) Promover práticas alimentares e estilos de vida saudáveis – acções de sensibilização e promoção da saúde, através da educação alimentar e nutricional;
- 5) Controlar a ocorrência de distúrbios e doenças nutricionais – combater a desnutrição e, por outro lado, controlar as doenças crónicas não transmissíveis (obesidade, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, etc.);
- 6) Promover o desenvolvimento de linhas de investigação – apoio à investigação acerca dos problemas alimentares e nutricionais abordados nesta política, para que se esclareçam aspectos gerais e particulares dos mesmos, permitindo melhorar as acções no terreno;

7) Instruir os recursos humanos acerca de temas relacionados com saúde e nutrição – preparação e capacitação dos profissionais para planejar, coordenar, operacionalizar e avaliar as actividades fixadas por esta política ⁽⁶⁰⁾.

De entre os vários organismos do Estado responsáveis pela implementação desta política, os Municípios adquirem especial relevância ⁽⁶⁰⁾. Estão, em última instância, mais próximos da comunidade, pelo que a sua intervenção deverá ser o mais específica possível.

Das suas várias competências destacam-se: a formação de recursos humanos, principalmente na área de nutrição e alimentação, para a implementação das actividades inseridas nesta política, bem como a difusão de conhecimentos e recomendações para práticas alimentares saudáveis ⁽⁶⁰⁾, competências que podem e devem ser, indubitavelmente, atribuídas ao nutricionista autárquico.

Esta temática da IA tem recebido muita atenção por parte de todos os sectores da sociedade brasileira. A importância da questão é tal que se traduziu na inclusão de um módulo para investigação da segurança alimentar em pesquisa nacional do *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*, no aumento do financiamento para pesquisas relacionadas com o tema e no aumento da produção científica na área. Foi desenvolvido um instrumento, a *Escala Brasileira de Insegurança Alimentar*, que permitiu identificar grupos populacionais vulneráveis e poderá ser útil na avaliação de novas políticas e novos programas na área, como é o caso do *Programa Bolsa Família* ⁽¹⁶⁾.

10. O papel do Nutricionista

É crucial a adopção e implementação de estratégias em saúde pública, capazes de garantir a SAN das comunidades, atendendo a cuidados voltados para a subnutrição e, também, para o excesso de peso e/ou obesidade. São distúrbios muito distintos que, no entanto, representam duas faces da mesma moeda: ambos se relacionam directamente com a IA ⁽⁶¹⁾.

Tanto a obesidade como a subnutrição provocam transtornos (fisiológicos e mentais) de tal forma importantes que fazem com que os programas de educação para a saúde, nomeadamente de educação alimentar e nutricional, mereçam mais atenção. Um programa de SAN deve, acima de tudo, preocupar-se com a garantia de alimentos suficientes, seguros e nutritivos para todos e para sempre. Para isso é importante haver um conhecimento básico das necessidades nutricionais e alimentares, bem como das características nutricionais dos alimentos, sem esquecer a questão da sustentabilidade ⁽⁶¹⁾.

As Ciências da Nutrição fornecem uma base sólida para definir essas necessidades alimentares ⁽⁷⁾, passo fundamental na formulação de uma política e/ou programa de SAN.

Neste sentido, cabe aos nutricionistas actuar de forma efectiva nas acções de educação alimentar e nutricional, inseridas nesses programas ⁽⁶¹⁾, não só nas suas fases de construção como, também, na sua implementação, seguimento *in loco* e avaliação.

A própria definição de SAN enfatiza a importância do nutricionista, uma vez que toca em práticas alimentares saudáveis e seguras. Este profissional tem, portanto, a obrigação de actuar no sentido da reversão da IA ⁽⁶¹⁾, prestando o seu

precioso contributo na redução das assustadoras taxas de obesidade que caracterizam as populações mais pobres.

É importante a adopção de medidas para manter, adaptar ou fortalecer a diversidade da alimentação e hábitos saudáveis de consumo e preparação dos alimentos, assim como de algumas práticas alimentares (por exemplo: o aleitamento materno), para que alterações na disponibilidade e/ou no acesso aos alimentos não se repercutam negativamente na composição da dieta. O combate à obesidade e outras doenças crónicas degenerativas associadas à má alimentação deve, por isso, ser contemplado através da implementação de acções de educação, sensibilização, informação e regulamentação alimentar. O exemplo das hortas em instituições públicas, como lares e escolas, e das hortas urbanas podem ser formas interessantes para incentivar práticas alimentares mais sensatas, com especial relevo nas populações mais vulneráveis financeiramente ⁽²¹⁾. A produção para auto consumo está, efectivamente, associada à SA ⁽¹⁶⁾.

Deste modo, conhecendo melhor a realidade agrícola do meio em que se insere, o nutricionista pode e deve tirar partido das potencialidades locais, nomeadamente no que se refere aos produtos regionais. Portugal é um país com uma forte ligação à agricultura: a estrutura agrícola continua muito presente na nossa sociedade. Assim, o nutricionista pode basear algumas das suas intervenções nas tradições agrícolas e gastronómicas da sua localidade, estabelecendo pontes entre gerações e colocando os saberes dos mais velhos ao dispor dos mais jovens. Para esse efeito poderá ser interessante integrar estes conceitos em actividades escolares, incentivando crianças e jovens a pô-los em prática (tanto na escola como em casa) e, assim, poderem fazer melhores

escolhas alimentares a custos reduzidos, além de promover os produtos regionais.

É fundamental o contributo do nutricionista para o sucesso destas intervenções que, integrando uma equipa multidisciplinar, participa na reversão de tendências comportamentais, especialmente no que respeita às práticas alimentares. Se isso se reflectir numa melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, bem como na redução das taxas de obesidade e outras patologias associadas, pode dizer-se que a missão foi cumprida com êxito.

11. Análise Crítica – Conclusão

Os problemas financeiros que o mundo atravessa estão a desencadear fenómenos, a vários níveis, para muitos dos quais ainda não há soluções. O facto é que as repercussões da tão falada “crise” estão a fugir aos limites do que seria expectável. Um bom reflexo disso são as significativas alterações, em muitos aspectos, dos perfis alimentares das populações.

Surgiu, assim, uma nova problemática para discutir e combater com urgência: o aumento dos números do desemprego, a redução do poder de compra, os orçamentos familiares cada vez mais apertados, estão a levar as pessoas a mudar drasticamente o seu quotidiano alimentar. Optar por alimentos mais baratos, excluir outros da alimentação diária, bem como omitir algumas refeições, são estratégias que se têm imposto para muitas famílias, que agora se vêem privadas de vários recursos que lhes permitam manter o seu nível de vida de sempre.

A verdade é que a dita “*comida de plástico*” parece, à primeira vista, mais conveniente e menos dispendiosa, além de ser bastante saborosa, uma verdadeira “tentação” para quem dispõe de um orçamento muito reduzido. As consequências dessas escolhas têm-se reflectido num aumento das taxas de obesidade e co-morbididades associadas em todo o mundo, incluindo nos países em desenvolvimento, despertando o interesse da comunidade científica para uma nova tendência: é nos grupos populacionais mais pobres que se verificam as maiores ingestões de alimentos de elevada densidade energética e baixo valor nutricional.

A aposta nos cuidados de saúde primários, com enfoque na prevenção, parece reunir o consenso por parte dos governantes no que respeita ao combate dos efeitos da crise económica na saúde das populações.

Assim, é necessária a adopção de medidas cujo principal objectivo seja devolver a SA a todos, minorando o impacto da condição socioeconómica no padrão alimentar dos indivíduos e, em última análise, na sua saúde alimentar.

Neste sentido, e tendo por base os exemplos Norte-americano e Brasileiro onde este assunto já adquiriu proporções significativas social e economicamente, importa actuar numa linha de promoção da saúde, designadamente, de educação alimentar e nutricional, prestando especial atenção a grupos populacionais financeiramente limitados.

A este nível as Ciências da Nutrição, personificadas no nutricionista, podem e devem prestar o seu contributo na reversão das tendências acima expostas, reforçando a possibilidade de conciliação entre uma alimentação adequada e baixos recursos económicos. Mais concretamente, importa realçar o papel do nutricionista comunitário em intervenções desse tipo, através de autarquias, centros de saúde, instituições de solidariedade social, entre outras. A sua participação não se deve cingir apenas às acções de sensibilização no âmbito de práticas alimentares saudáveis; deve, também, actuar nas fases avaliação e identificação de grupos de risco dentro da comunidade. Este será o ponto de partida para uma intervenção mais alargada, culminando, idealmente, na formulação de uma política alimentar e nutricional a nível nacional.

O acesso a uma alimentação adequada (qualitativa e quantitativamente) é já considerado um direito fundamental do Homem, condição que eleva, ainda mais, a importância da Nutrição Comunitária no mundo actual.

12. Referências Bibliográficas

1. Cunha LC, Theias A, Fátima Viegas F, Mendes R, Neto H, Barata L, et al. Tomada de Posição - O Estado da Nação. 2008. Disponível em: <http://www.sedes.pt/destaques.aspx?args=2,0&ID=92>.
2. Marek Belka. Europe Under Stress - The global economic crisis is testing the cohesion of the European Union. International Monetary Fund European Department; 2009. [citado em: Junho 2009]. Disponível em: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2009/06/belka.htm>.
3. Amnistia Internacional Portugal. A bomba relógio subjacente à crise económica. 2009. Disponível em: <http://www.amnistia-internacional.pt>. Junho 2009.
4. World Health Organization. The financial crisis and global health: Report of a high-level consultation. Geneva; 2009. Disponível em: http://who.int/topics/financial_crisis/financialcrisis_report_200902.pdf.
5. World Health Organization; Norwegian Ministry of Health and Care Services. Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region - Scope and purpose. 2009. Disponível em: http://www.euro.who.int/Document/HSM/Oslo_ScopePurp.pdf.
6. Drewnowski A, Specter S. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr*. 2004; 79:6-16.
7. Alfredo Bruto da Costa (coord.), Baptista I, Perista P, Paula Carrilho. Um Olhar Sobre a Pobreza - Vulnerabilidade e Exclusão Social no Portugal Contemporâneo. 1ª ed. Lisboa: Gradiva; 2008.
8. World Health Organization; Norwegian Ministry of Health and Care Services. Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region - Overview of the situation in the WHO European Region. 2009. [citado em: Março 2009]. Disponível em: http://www.euro.who.int/Document/HSM/Oslo_BP_crisis_overview.pdf.
9. Organization for Economic Co-operation and Development. OECD ECONOMIC OUTLOOK: Portugal. Preliminary Edition ed.; 2009. [citado em: Junho 2009]. Disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/6/31/20213255.pdf>.
10. Organization for Economic Co-operation and Development. Unemployment in OECD countries to approach 10% in 2010. 2009. Disponível em: http://www.oecd.org/document/57/0,3343,en_2649_33927_43136377_1_1_1_1,00.html. Junho 2009.
11. Eurostat. Euro area unemployment up to 9.5%. 2009. [citado em: Julho 2009]. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-02072009-AP/EN/3-02072009-AP-EN.PDF.
12. Instituto Nacional de Estatística. Anuário Estatístico de Portugal - 2007. Lisboa; 2008.
13. World Health Organization; Norwegian Ministry of Health and Care Services. Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region - Discussion Paper. 2009. [citado em: Março 2009]. Disponível em: http://www.euro.who.int/Document/HSM/Oslo_DP_crisis_implic.pdf.
14. Sarlio-Lahteenkorva S, Lahelma E. Food Insecurity Is Associated with Past and Present Economic Disadvantage and Body Mass Index. *J Nutr*. 2001; 131:2880-84.

15. World Health Organization. WHO and the Global food security crisis. 2009. Disponível em: http://www.who.int/food_crisis/global_food_crisis/en/index.html.
16. Pereira RA, Santos LMP. A dimensão da insegurança alimentar. *Rev Nutr, Campinas*. 2008; 21:7-13.
17. Marinho SP, Martins IS, Perestrelo JPP, Oliveira DC. Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade *Rev Nutr, Campinas*. 2003; 16:195-201.
18. Casey PH, Simpson PM, Gossett JM, Bogle ML, Champagne CM, Connell C, et al. The Association of Child and Household Food Insecurity With Childhood Overweight Status. *Journal of the American Academy of Pediatrics*. 2006; 118:1406-13.
19. Townsend MS. Obesity in Low-Income Communities: Prevalence, Effects, a Place to Begin. *Journal of the American Dietetic Association*. 2006:34-37.
20. Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin BM. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004; 82:940-46.
21. Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação - FAO. Diretrizes Voluntárias em apoio à realização progressiva do direito à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar nacional. 2005. Disponível em: <http://www.abrandh.org.br/downloads/Diretrizes.pdf>.
22. Cook JT, Frank DA, Berkowitz C, Black MM, Casey PH, Cutts DB, et al. Food Insecurity Is Associated with Adverse Health Outcomes among Human Infants and Toddlers. *J Nutr*. 2004; 134:1432-38.
23. Freitas MCS, Pena PGL. Segurança alimentar e nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos da cultura. *Rev Nutr, Campinas*. 2007; 20:69-81.
24. Townsend MS, Peerson J, Love B, Achterberg C, Murphy SP. Food Insecurity Is Positively Related to Overweight in Women. *J Nutr*. 2001; 131:1738-45.
25. Elizabeth J. Adams LG-S, Gilberto Chavez. Food Insecurity Is Associated with Increased Risk of Obesity in California Women. *J Nutr*. 2003; 133:1070-74.
26. K. E. Peterson GS, M. Pearson, J. R. Hebert, B. R. Gottlieb, M. C. McCormick. Design of an intervention addressing multiple levels of influence on dietary and activity patterns of low-income, postpartum women. *Oxford University Press*. 2002; 17:531-40.
27. Widome R, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, MStat, Haines J, Story M. Eating When There is Not Enough to Eat: Eating Behaviors and Perceptions of Food Among Food-Insecure Youths *American Journal of Public Health*. 2009; 99:822-28.
28. Kim K, Frongillo EA. Participation in Food Assistance Programs Modifies the Relation of Food Insecurity with Weight and Depression in Elders. *The Journal of Nutrition: Nutritional Epidemiology*. 2007; 137:1005-10.
29. Mathews L, Morris MN, Schneider J, Goto K. The Relationship between Food Security and Poor Health Among Female WIC Participants. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*. 2009; 41
30. Panigassi G, Segall-Correa AM, Marin-Leon L, Pérez-Escamilla R, Maranhã LK, Sampaio MdFA. Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. *Rev Nutr, Campinas*. 2008; 21:135-44.

31. Genser JL, Cole N, Fox MK. Diet Quality of Americans by SNAP (Food Stamp) Participation Status. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*. 2009; 41
32. Melgar-Quinonez H, Zubieta AC, Remley D, Long C, Angell D, Mims SD. SRA Winner-Assessing the Monthly Food Abundance-Shortage Cycle in Food Insecure Overweight Women. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*. 2009; 41
33. Sarlio-Lahteenkorva S, Lahelma E. The association of body mass index with social and economic disadvantage in women and men. *International Journal of Epidemiology*. 1999; 28:445-49.
34. Panigassi G, Segall-Corrêa AM, Marin-León L, Pérez-Escamilla R, Sampaio MdFA, Maranhã LK. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:2376-84.
35. O Bolsa Família e a Pobreza no Brasil: avanços e limites. [citado em: Junho 2009]. Disponível em: <http://www.undp-povertycentre.org/publications/mds/16P.pdf>.
36. Amartya Sen. Pobreza e Fomes: um ensaio sobre direitos e privações. 1ª ed. Lisboa: Terramar; 1999.
37. Segall-Correa AM, Marin-Leon L, Helito H, Pérez-Escamilla R, Santos LMP, Paes-Sousa R. Transferência de renda e segurança alimentar no Brasil: análise dos dados nacionais. *Rev Nutr, Campinas*. 2008; 21:39-51.
38. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito às Despesas das Famílias 2005-2006. 2008.
39. Associação da Hotelaria Restauração e Similares em Portugal (AHRESP). Barómetro N.º 14 dos Sectores da Hotelaria e Restauração e Bebidas. Departamento Económico e de Estudos. 2009. [citado em: Junho 2009]. Disponível em: http://www.aresp.pt/images/stories/Pdf_barometro/barometro%5B14%5D...pdf.
40. Assembleia da República. Lei nº 13/2003 de 21 de Maio. *Diário da República*. 2003. 3147-52.
41. Instituto da Segurança Social. Rendimento Social de Inserção - RSI. 2009. Disponível em: <http://195.245.197.202/left.asp?03.06.06>. Julho 2009.
42. Rose DD. Interventions to reduce household food insecurity: a synthesis of current concepts and approaches for Latin America. *Rev Nutr, Campinas*. 2008; 21:159-73.
43. Rose D. Economic Determinants and Dietary Consequences of Food Insecurity in the United States. *J Nutr*. 1999; 129:517-20.
44. Gibson D. Food Stamp Program Participation is Positively Related to Obesity in Low Income Women. *J Nutr*. 2003; 133:2225-31.
45. Sonya J. Jones LJ, Barbara A. Laraia, Betsy Haughton. Lower Risk of Overweight in School-aged Food Insecure Girls Who Participate in Food Assistance. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003; 157:780-84.
46. Landers PS. The Food Stamp Program: History, Nutrition, Education, and Impact. *J Am Diet Assoc*. 2007; 107:1945-51.
47. Eicher-Miller HA, Mason AC, Abbott AR, McCabe GP, Boushey CJ. The Effect of Food Stamp Nutrition Education on the Food Insecurity of Low-income Women Participants. *J Nutr Educ Behav*. 2009; 41:161-68.
48. Derrickson JP, Buchanan C, Asing GK, Okuma A. Lessons Learned from the "Spend Less. Eat Well. Feel Better." - Program Efficacy Trial. *J Nutr Educ Behav*. 2003; 35:30-36.

49. Comissão Europeia. ESF - Fundo Social Europeu. 2009. Disponível em: http://ec.europa.eu/employment_social/esf/discover/esf_pt.htm.
50. Direcção Geral de Saúde. Impacte da Crise Financeira, Económica e Social em Saúde Pública: Orientações Gerais. 2009.
51. Francisco George. Comunicado - Direcção Geral de Saúde. 2009. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>.
52. Direcção Geral de Saúde. Saúde face à Crise - Cronograma. 2009.
53. Plataforma contra a Obesidade. Refeições Económicas. 2009. Disponível em: <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos00.aspx?menuid=303&exmenuid=229>.
54. Plataforma contra a Obesidade. Alimentação mais saudável e menos dispendiosa! ; 2009. Disponível em: <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?ctextoid=443&menuid=251&exmenuid=113>.
55. Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Dicas para escolhas alimentares compatíveis com uma alimentação saudável e económica. 2009. Disponível em: http://www.apn.org.pt/apn/pdf/Dicas_escolhas_alimentares_saudaveis_economicas.pdf.
56. Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Ementas Saudáveis e Económicas para 1 mês: 4ª semana. 2009. Disponível em: http://www.apn.org.pt/apn/pdf/4a_semana.pdf.
57. Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Ementas Saudáveis e Económicas para 1 mês: 1ª semana. 2009. Disponível em: http://www.apn.org.pt/apn/pdf/1a_semana.pdf.
58. Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Ementas Saudáveis e Económicas para 1 mês: 2ª semana. 2009. Disponível em: http://www.apn.org.pt/apn/pdf/2a_semana.pdf.
59. Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Ementas Saudáveis e Económicas para 1 mês: 3ª semana. 2009. Disponível em: http://www.apn.org.pt/apn/pdf/3a_semana.pdf.
60. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2ª ed. Brasília; 2003.
61. Sandra Maria Chemin Seabra Silva. O Profissional de Nutrição frente à Segurança Alimentar e Nutricional. Saúde em Revista. 2004. 25-30.

Anexos



IDENTIFICAÇÃO	• Criação da Task Force • Fase diagnóstica • Reunião de Oslo • Definição de medidas estratégicas • Caracterização de medidas específicas sobre <i>Alimentação, Auto-estima e Acesso a cuidados</i> • Perfil de situação											
INFORMAÇÃO	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
ACÇÃO	• Articulação com serviços • Formação enfermeiros sentinela • Actividades para identificação das situações de alerta • Implementação sistema de monitorização • Acções a nível alimentar (<i>Plataforma contra a obesidade</i>) • Despiste de dificuldades no acesso aos cuidados											