

POLIANA DE ARAÚJO PALMEIRA
ANA BEATRIZ MACÊDO VENÂNCIO DOS SANTOS
(ORGANIZADORAS)

EDUFCC

UM OLHAR PARA A NOSSA CIDADE:

CONDIÇÕES DE VIDA, INSEGURANÇA ALIMENTAR E SAÚDE DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CUITÉ



Um olhar para a nossa cidade: condições de vida, insegurança alimentar e saúde da população do município de Cuité convida o leitor para uma reflexão política e social sobre a segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano a Alimentação Adequada e à saúde, a partir da análise de uma realidade local. Esta obra apresenta parte dos resultados do projeto de pesquisa intitulado "segurança Alimentar e Nutricional: formação de uma política local em município de pequeno porte", financiado pelo Ministério do Desenvolvimento social e combate à Fome e pelo conselho Nacional de Desenvolvimento científico e Tecnológico, realizado no ano de 2011. No capítulo 1 os autores detalham o trabalho de campo realizado e nos outros que seguem apresentam dados e discussões sobre a vida da população cuiteense que englobam informações sobre as condições sociais; produção, acesso e consumo de alimentos; insegurança alimentar no domicílio e aspectos relacionados com o cuidado à saúde de crianças e hipertensos do município. o capítulo 6 encerra o conteúdo desta obra trazendo uma análise do conjunto de políticas públicas e programas locais que dialogam com a articulação de um sistema municipal de segurança Alimentar e Nutricional, como estratégia para o enfrentamento compartilhado entre sociedade e governos das problemáticas existentes no município de Cuité.

EDUFCC



Poliana de Araújo Palmeira
Ana Beatriz Macêdo Venâncio dos Santos
(Organizadores)

UM OLHAR PARA A NOSSA CIDADE:
Condições de vida, insegurança alimentar e
saúde da população do município de Cuité



Poliana de Araújo Palmeira
Ana Beatriz Macêdo Venâncio dos Santos
(Organizadores)

UM OLHAR PARA A NOSSA CIDADE:
Condições de vida, insegurança alimentar e
saúde da população do município de Cuité



2016

O45 Um olhar para a nossa cidade: condições de vida, insegurança alimentar e saúde da população do município de Cuité / Poliana de Araújo Palmeira, Ana Beatriz Macêdo Venâncio dos Santos (orgs.). – Campina Grande: EDUFCG, 2015.
123 p.

ISBN: 978-85-8001-147-0

I. Saúde Pública - Cuité (Paraíba). 2. Saúde - Políticas Públicas. 3. Segurança Alimentar. 4. Segurança Nutricional. I. Palmeira, Poliana de Araújo. II. Santos, Ana Beatriz Macêdo Venâncio dos. III. Título.

CDU 614(813.3)

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - EDUFCG
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
editora@ufcg.edu.br

Prof. Dr José Edilson Amorim
Reitor

Prof. Vicemário Simões
Vice-Reitor

Prof. Dr. José Helder Pinheiro Alves
Diretor Administrativo da Editora da UFCG

Viviana Sousa Ramos
Editoração

Yasmine L. F. de Lima
Capa

CONSELHO EDITORIAL

Antônia Arisdélia Fonseca Matias Aguiar Feitosa (CFP)
Benedito Antônio Luciano (CEEI)
Consuelo Padilha Vilar (CCBS)
Erivaldo Moreira Barbosa (CCJS)
Janiro da Costa Rego (CTRN)
Marisa de Oliveira Apolinário (CES)
Marcelo Bezerra Grilo (CCT)
Naelza de Araújo Wanderley (CSTR)
Railene Hérica Carlos Rocha (CCTA)
Rogério Humberto Zeferino (CH)
Valéria Andrade (CDSA)

AGRADECIMENTOS

Este livro é resultado de grande esforço cooperativo e fruto de um trabalho que desde seu início focou em um bem maior, contribuir com o alcance da cidadania, justiça social e segurança alimentar e nutricional da comunidade cuiateense.

Desta forma, inicialmente, agradecemos ao Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) que em 2010 lançaram um edital para seleção de propostas de estudos e avaliação de ações de combate à fome e superação da pobreza, e oportunizou a pesquisadores com titulação de mestrado a submissão de propostas, sendo aprovado o projeto Segurança Alimentar e Nutricional; formação de uma política local em município de pequeno porte - SANCUITÉ, o que viabilizou a elaboração desta obra.

Sendo de extrema importância agradecer aos professores Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna (UFPB) e Dra. Sandra Maria Chaves dos Santos (UFBA), pela confiança dispensada no momento da elaboração e submissão do projeto, e por toda a contribuição e o conhecimento compartilhado na execução do SANCUITÉ.

Agradecemos a Universidade Federal de Campina Grande, em particular ao Centro de Educação e Saúde pelo espaço físico e a infraestrutura necessária para o desenvolvimento do trabalho. Em especial ao diretor deste centro, Prof. Dr. Ramilton Marinho Costa, que além de apoiar este trabalho e o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Nutrição e Saúde Coletiva – Núcleo PENSO, aceitou o convite para prefaciar esta obra.

Agradecemos a Prefeitura Municipal de Cuité, na pessoa da prefeita em exercício Euda Fabiana Farias de Palmeira Venâncio (2011), e a cada um dos gestores municipais e atores sociais responsáveis por programas e ações que colaboraram com o desenvolvimento deste projeto.

Aos alunos de graduação do curso de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, agradecemos pela participação no trabalho de coleta de dados da pesquisa, sendo eles: Amanda Kevlin Dantas, Ana Beatriz M. V. Santos, Ana Emília Nascimento, Cândida Isabel Figueiredo, Diego Elias Pereira, Hallynne Leandro Rodrigues Alves, Heloísa Alencar Duarte, Íris Crithianne J. da Costa Melo, Lavinne Machado Vasconcelos, Leyla Hellenna G. Ribeiro, Michelly Pires Queiroz, Robson Galdino Medeiros, Samara Pereira Freire, Talyta Fernandez de Azêvedo e Thaise Costa de Melo. Além do Prof. Dr. Rand Randall que também colaborou com parte deste campo.

E por fim, somos extremamente gratos à população de Cuité que abriu suas portas e compartilhou sua vida, respondendo perguntas que talvez nem fizessem muito sentido naquele momento, mas que contribuíram para este retrato inicial sobre Segurança Alimentar e Nutricional do seu município, e que assim, fazem parte desta história juntamente com nossa equipe.

Os autores

**“GENTE SIMPLES, FAZENDO COI-
SAS PEQUENAS, EM LUGARES
POUCO IMPORTANTES, CONSEGUE
MUDANÇAS EXTRAORDINÁRIAS”**

Provérbio africano

SUMÁRIO

PREFÁCIO	11
APRESENTAÇÃO	13
CAPÍTULO 1 - DA UNIVERSIDADE À CASA DAS PESSOAS: caminhos trilhados na pesquisa de campo...	19
CAPÍTULO 2 - CONHECENDO A POPULAÇÃO CUITEENSE: como vivemos?	27
CAPÍTULO 3 - ATENÇÃO PARA O FUTURO: nutrição e saúde de crianças no município de Cuité	49
CAPÍTULO 4 - DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: atenção à saúde e adesão ao tratamento por hipertensos no município de Cuité	65
CAPÍTULO 5 - TRANSFERÊNCIA DE RENDA: impacto e avaliação segundo titulares de direito do Programa Bolsa Família no município de Cuité	85
CAPÍTULO 6 - SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: políticas públicas e ações no município de Cuité	101
POSFÁCIO	117
SOBRE AS AUTORES	121

PREFÁCIO

Era uma manhã de abril de 2006 quando chegamos para o início das obras do que viria ser o Centro de Educação e Saúde. Para além das ruínas da antiga escola técnica, era possível contemplar um misto de projetos, sonhos e esperanças. Como costumam ser imprecisas todas as expectativas, subestimamos os problemas que nos apresentariam o futuro, mas, sobretudo, não dimensionamos as tantas superações e realizações que viríamos a ter.

Como outras publicações já saídas deste campus, esta também reflete o nosso êxito, ainda mais quando se tem em vista que um dos objetivos da descentralização do ensino superior é o de ajudar a pensar, discutir e transformar, através do desenvolvimento sustentável, realidades sociais críticas.

“Um olhar para a nossa cidade: condições de vida, insegurança alimentar e saúde da população do município de Cuité” - com a organização e participação de docentes e discentes do curso de Bacharelado em Nutrição do Centro de Educação e Saúde - reflete a maturidade acadêmica de um centro novo. O texto demonstra um hábil mergulho na realidade local através de um suporte metodológico inédito, capaz de, no seu emergir, propor questões e ações teóricas e práticas com as quais se busca alterar condições humanas iníquas, que ao senso comum soariam como intransponíveis.

Inquietações surgidas durante as atividades de ensino afluíram ao campo da pesquisa. De início, traçando uma metodologia clara e precisa de investigação, puseram-se as autoras a realizar um diagnóstico sobre as condições de vida, insegurança alimentar e saúde da população do município de Cuité e um mapeamento das ações e programas existentes, relacionados com a Segurança Alimentar e Nutricional e Direito Humano à Alimentação Adequada. Por fim, recorreram à extensão, através de oficinas com gestores, funcionários municipais, onde se pautaram entraves e possibilidades.

Depois de oito anos de inaugurado o Centro de Educação e Saúde, esta publicação é, de uma só vez, produção acadêmica, documento e marco, pois além do conteúdo científico do trabalho, documenta a crescente interseção da universidade com a comunidade e a insere como importante interlocutora das questões sociais, neste caso, ajudando a pautar, construir, implementar e monitorar as políticas públicas locais.

Na vertente da nutrição social, as autoras assumem posicionamentos, tendo a clareza de que a questão da fome e da superação da pobreza é um compromisso de todos, inclusive da própria universidade. Certamente, concordariam com a Brecht que a grande finalidade da ciência está em aliviar a miséria da existência humana.

Ramilton Marinho Costa

Doutor em sociologia pela Universidade Federal da Paraíba
Diretor do Centro de Educação e Saúde
Universidade Federal de Campina Grande

APRESENTAÇÃO

Ao longo da história a sociedade civil e o governo brasileiro debateram e construíram os subsídios para o reconhecimento constitucional de direitos humanos básicos como à saúde e, mais recentemente, à alimentação adequada. A constituição de bases legais e institucionais norteadas pela noção do direito humano conduz a um grande desafio na realização das políticas públicas, pois reconhece a necessidade da construção da cidadania de seu povo e atribui ao Estado esta missão.

No Brasil, a questão da saúde enquanto direito é assegurada na Constituição Federal (Art. 196) que reforça o dever do estado de garantir à saúde, mediante a implantação de políticas sociais e econômicas de redução do risco de doenças e de outros agravos, e do acesso universal e igualitário as ações e serviços para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, de maneira eficiente e com qualidade. Sendo a política de saúde, antes de tudo, uma política social e um usufruto de um direito de cidadania.

Ainda no campo da saúde o conceito que atualmente orienta as políticas públicas traz uma perspectiva ampla de um fenômeno que é definido como o completo bem-estar físico, mental e social de indivíduos e de comunidades, e não meramente a ausência de doenças. Entende-se a saúde como o resultado de um processo de determinação social permanente, que se identifica com o modo de organização da sociedade, ou seja, uma expressão biológica do espaço social.

Nesta mesma perspectiva o ato de alimentar-se é resultado de um conjunto de fatores ambientais, econômicos e sociais que podem favorecer ou comprometer o consumo de alimentos com qualidade e em quantidade suficiente, de forma a contribuir com o pleno estado de saúde do indivíduo. Sob uma ótica mais ampliada a alimentação, além de um fator determinante para a saúde, se cons-

titui como um direito social que dialoga com um projeto de soberania alimentar nacional e local. O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) envolve diferentes aspectos como produção, disponibilidade e acesso físico, econômico e permanente aos alimentos, além do próprio consumo alimentar e do aproveitamento biológico de nutrientes, sendo o exercício deste direito inter-relacionado a garantia e a existência dos demais, como à saúde.

Assim como relatado para o campo da saúde, também é dever do estado assegurar o DHAA, por meio de políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). No Brasil, a promulgação da Lei Orgânica da SAN (LOSAN) vigente desde 2006, traz diretrizes para a instituição de uma política para garantia do DHAA e também conceitua o fenômeno da SAN como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que seja ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

No campo da intervenção para contemplar todos os atributos do Direito à Saúde e do DHAA são necessárias políticas articuladas entre os diversos setores do governo e da sociedade. Neste sentido, desde 1989 o Sistema Único de Saúde foi instituído como a estratégia para assegurar saúde para todos, entretanto, no tocante à alimentação adequada, apenas em 2006, foi criado o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), com o objetivo de formular e implementar políticas, planos, programas e ações que assegurem o DHAA nas três esferas do governo.

Na atualidade o SISAN vem se estruturando enquanto sistema no âmbito da esfera federal e estadual, e tem sido fortemente defendida e incentivada a descentralização para municípios. No tocante ao SUS, muitos são os desafios enfrentados por gestores das três esferas de governo no exercício de suas ações, entretanto,

muitos também são os avanços alcançados, especialmente no campo da gestão e do acesso universal à saúde, com o fortalecimento da descentralização do sistema e com o investimento realizado na atenção básica em saúde por meio da Estratégia Saúde da Família.

Em nível local a gestão dos serviços, programas e ações que compõem esses sistemas deve ser orientada pelo conhecimento dos problemas de saúde e de insegurança alimentar da população. Sendo assim, torna-se de fundamental importância a realização de diagnósticos locais sobre as condições de vida, saúde, alimentação e nutrição de uma população, com o objetivo de viabilizar a identificação de problemas e nortear a construção de planos de intervenção com organizados de forma intersetorial, convergindo para uma agenda única e integrada da Saúde e da SAN.

Considerando estes dois eixos de políticas públicas - Saúde e SAN - se constrói os pilares desta publicação que objetiva apresentar um diagnóstico populacional sobre as condições de vida, insegurança alimentar e saúde da população urbana e rural do município de Cuité. Importa destacar que este diagnóstico representa a primeira iniciativa de caracterizar a população cuiteense com a utilização de indicadores não existentes nos sistemas de informação populacionais disponíveis no município, não representando, portanto, um elemento de avaliação do conjunto atual de políticas públicas, e sim apenas mais um elemento reflexivo e norteador para a realização de novos planos de intervenção para o município de Cuité.

Este livro é uma realização do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Nutrição e Saúde Coletiva – *Núcleo* PENSO do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, este núcleo foi criado em outubro de 2012 com o objetivo de realizar ações que contribuam com o desenvolvimento de políticas públicas no campo do DHAA e da Saúde Coletiva. Deste modo, o *Núcleo* PENSO tem desenvolvido diferentes projetos de pesquisa e extensão em parceria com a gestão municipal, no âmbito das secretarias

de Assistência Social, Cultura, Educação, Infraestrutura e Saúde, com o intuito de, enquanto pesquisadores e profissionais que contemplam o indivíduo envolto com seu contexto socioeconômico e cultural, contribuir para o desenvolvimento de ações eficazes na esfera local e regional, bem como para a formação de políticas locais que cooperem para a superação dos problemas do município.

Neste contexto esta obra apresenta parte dos resultados do projeto de pesquisa intitulado “Segurança Alimentar e Nutricional: formação de uma política local em município de pequeno porte”, financiado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), no ano de 2011. Este projeto foi realizado em parceria com gestores locais e pesquisadores de outras instituições de ensino.

O referido projeto foi coordenado pelas Profs. Ms. Poliana de Araújo Palmeira e Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso, e contou com uma equipe de 15 discentes de Graduação em Nutrição, bolsistas de Iniciação Científica e Tecnológica do CNPq. O projeto foi desenvolvido com o objetivo de contribuir com o reconhecimento de fatores que possam favorecer ou comprometer a estruturação de sistemas municipais de SAN no contexto de municípios de pequeno porte, cujo trabalho de campo englobou atividades de pesquisa e de extensão. No tocante a pesquisa realizou-se dois tipos de diagnósticos, a saber: o primeiro de caráter populacional tratou da condição de vida, saúde, insegurança alimentar e nutrição da população cuitense, e especificamente da população de crianças menores de dois anos de idade e de hipertensos atendidos em unidades de saúde do município; enquanto o segundo diagnóstico realizou um mapeamento de ações e programas existentes no município de Cuité, relacionados com a SAN e DHAA. Posteriormente, como ação de extensão, foi realizada uma oficina com gestores, funcionários municipais e a equipe do projeto na qual estes atores, além de discutir

os resultados destes diagnósticos, foram estimulados a refletir os entraves e as dificuldades que permeiam a articulação de sistemas de SAN no município de Cuité.

Sendo assim, no capítulo inicial desta obra será descrita a metodologia de coleta de dados adotada no trabalho de campo, e nos capítulos subsequentes serão apresentados os resultados da pesquisa. O capítulo 2 dedicado à análise sobre as condições de vida, alimentação e nutrição da população urbana e rural do município de Cuité. Os capítulos 3 e 4 apresentam uma discussão sobre saúde de grupos de riscos específicos: Crianças menores de dois anos de idade e Hipertensos atendidos na atenção básica do município de Cuité. O capítulo 5 aborda o Programa Bolsa Família sob o olhar dos titulares de direito, e por fim, o capítulo 6 discute o conjunto de políticas públicas relacionadas com a SAN vigentes no município de Cuité.

O foco deste livro é apresentar os resultados obtidos com estas pesquisas para que sejam úteis à gestão pública e acadêmicos, e que também represente um importante marco do processo contínuo de construção, implementação e monitoramento das políticas públicas locais, visto que, esta, constitui-se como a primeira experiência acadêmica no município em termos de análise populacional e de políticas públicas. Ao mesmo tempo em que é pioneira sobre a situação de vida, nutrição e insegurança alimentar da população cuitense, representando assim, um instrumento para planejamento e ação que pode favorecer o desenvolvimento e crescimento do município de Cuité-PB.

Boa leitura!

Poliana de Araújo Palmeira
Ana Beatriz Macêdo Venâncio dos Santos

CAPÍTULO 1

DA UNIVERSIDADE À CASA DAS PESSOAS: caminhos trilhados na pesquisa de campo

Poliana de Araújo Palmeira
Ana Beatriz Macêdo Venâncio dos Santos

O desenvolvimento de uma pesquisa de campo que objetiva descrever o perfil social e de saúde de uma população, deve ser realizado com base em métodos científicos que viabilizem conhecer a realidade e a vida de uma determinada família ou indivíduo, para posteriormente reunir e transformar as informações coletadas em indicadores. Desta forma, o caminho metodológico percorrido para a caracterização de comunidades é complexo e envolve o estudo de diferentes teorias e conceitos. A construção de perguntas ou questionários que se apresentem compreensíveis à comunidade e adequados à apresentação de resultados científicos, requer um extenso processo de planejamento da coleta de dados, etapa fundamental para garantir ao pesquisador resultados fidedignos a realidade da população estudada.

Dada a importância dos procedimentos metodológicos para o sucesso e a confiabilidade dos dados de uma pesquisa de campo, a seguir serão descritas as estratégias de coleta de dados adotadas por esta equipe de pesquisadores. Sendo assim, neste capítulo serão apresentadas as metodologias empregadas em três pesquisas de campo realizadas no município de Cuité no ano de 2011: a primeira em domicílios da região urbana e rural deste município, e a segunda e a terceira com mães/crianças menores de dois anos de idade e hipertensos atendidos em Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Cuité.

O projeto de pesquisa “Segurança Alimentar e Nutricional: formação de uma política local em município de pequeno porte”

foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Campinas Grande (CAAE N: 0102.0.133.000-11).

1.1 POPULAÇÃO URBANA E RURAL DO MUNICÍPIO DE CUITÉ

A realização da coleta de dados deste estudo caracterizado como transversal de base populacional ocorreu entre os meses de maio e julho de 2011 e, visando uma representatividade da população urbana e rural do município foi calculada uma amostra de domicílios para a pesquisa de campo.

Considerando as informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Censo 2010) que afirma que o município de Cuité possui 5869 domicílios particulares e permanentes, com estimativa de 3955 localizados na Zona Urbana e 1914 na Zona Rural, os pesquisadores utilizaram a técnica de Amostragem Aleatória Estratificada¹ para o cálculo da amostra, que dividiu o município em dois estratos: Área Urbana e Área Rural. Com o objetivo de fixar a precisão do procedimento, admitiu-se um valor absoluto do erro de amostragem no valor de 0,05 obtendo assim um nível de confiança sobre os resultados de 95%.

Em seguida, após o cálculo da amostra que resultou em 360 domicílios a serem pesquisados, 243 na área urbana e 117 na área rural. Realizou-se o sorteio aleatório de domicílios para a zona urbana e de localidades (microrregiões) para a zona rural. O sorteio dos domicílios urbanos foi feito considerando o cadastro de domicílios registrados no Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) do município, para complemento deste, foi realizado um cadastro de

1 Técnica de obtenção de amostras em que a população, ou unidade amostral, é previamente dividida em grupos homogêneos, e dentro dos quais são sorteadas amostras aleatórias simples. No caso desta pesquisa, a população de Cuité foi dividida em dois grupos: urbano e rural, e posteriormente sorteados os domicílios destas regiões a serem pesquisados.

áreas descobertas, ou seja, domicílios que não constavam no cadastro do IPTU foram visitados pelos pesquisadores.

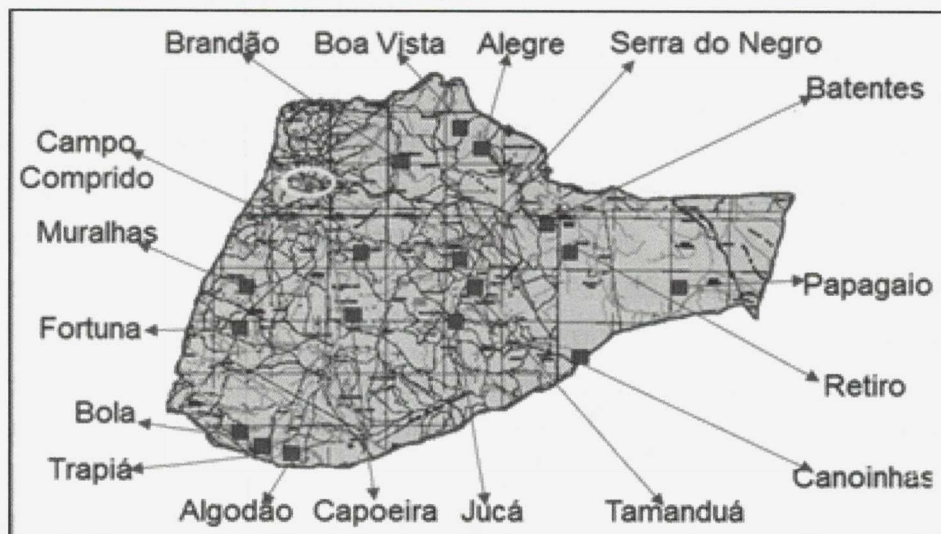
Os cadastros já existentes foram agregados aos coletados em uma planilha do Microsoft Excel, resultando em um banco com 6577 domicílios cadastros. A partir disso, com o auxílio do mesmo programa, foram sorteados aleatoriamente os 243 endereços a serem pesquisados, além de construída uma lista de substituição, tendo em vista as possíveis recusas de entrevistados, endereços comerciais e não ocupados.

Na zona rural o sorteio de domicílios foi realizado com o auxílio do mapa do município, para tanto, foi construída uma grade no plano cartesiano (X, Y) entre 0 a N_1 e N_2 para cada um dos eixos. Em seguida, foram sorteados no Microsoft Excel números aleatórios compreendidos entre 0 e N_1 e entre 0 e N_2 e, assim, a localidade sorteada ou mais próxima do ponto foi incluída na pesquisa. Inicialmente foram consideradas 12 localidades para pesquisa, com o objetivo de realizar a pesquisa em 10 domicílios por região. Entretanto, com a realização do reconhecimento de campo observou-se que algumas localidades eram pouco habitadas, sendo assim, optou-se por visitar a adjacente para completar a quantidade de domicílios da amostra. A figura 1 apresenta as localidades rurais pesquisadas no município de Cuité.

O questionário utilizado para a coleta de dados visou conhecer a realidade da família pesquisada. Foram utilizados questionários propostos por pesquisadores e outras perguntas foram construídas por estes autores. O instrumento foi previamente testado e a versão utilizada em campo foi composta por seis módulos descritos abaixo:

- Módulo 1 - Informações iniciais: contém questões relacionadas à estrutura dos domicílios e seus moradores.

Figura 1: Mapa das localidades pesquisadas do município de Cuité-PB. Fonte: Mapa IBGE



Legenda: Circulado em cinza claro localiza-se a região urbana do município de Cuité. Os pontos pretos indicam

- Módulo 2 – Segurança Alimentar e Nutricional: contém o questionário da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional.
- Módulo 3 - Variedade/quantidade e local de compra do alimento: contém informações adicionais sobre acesso ao alimento.
- Módulo 4 – Produção de alimentos no domicílio: contém informações sobre os alimentos produzidos, a criação de animais no domicílio e o destino dado a esta produção.
- Módulo 5 – Consumo de alimentos: contempla a aferição de medidas antropométricas de adultos e informações sobre consumo de alimentos, por meio de um questionário de frequência alimentar do tipo semiquantitativo, no qual foram pesquisados 80 alimentos apresentados na Tabela 1.
- Módulo 6 – Recursos: contém informações sobre o recebimento de benefícios do governo e questões específicas sobre o Programa Bolsa Família.

Para auxiliar na aplicação do questionário de consumo alimentar foi adotado um álbum com fotografias de medidas caseiras e utensílios, elaborado pela equipe com a finalidade de facilitar as recepções dos entrevistados.

Com a amostra definida e questionário finalizado, iniciou-se o treinamento dos pesquisadores de campo, todos graduandos em nutrição. O material de campo utilizado foi composto por: camisas para o entrevistador ou crachás de identificação, questionários em branco, Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, ficha de controle do entrevistador, lista de domicílios a serem pesquisados na zona urbana e mapas de localização de ruas, fita métrica, balança digital de vidro Ultra SLIM- w903 – WISO, álbum fotográfico de medidas caseiras, régua e almofada para impressão digital.

Ao final da pesquisa de campo os questionários foram numerados, organizados em ordem crescente e arquivados na Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Educação e Saúde - Campus Cuité. Foram realizadas 359 entrevistas, sendo 118 na zona rural e 241 na zona urbana do município.

Tabela 1: Organização dos alimentos pesquisados segundo Grupos alimentares

Grupo de alimentos	Alimentos pesquisados
Leite e derivados	Leite integral, leite desnatado, iogurte, queijo, requeijão.
Pães	Pão, biscoito doce, cream cracker, outros biscoitos, bolo sem recheio
Frutas	Manga, laranja, maçã/pêra, mamão, melão/melancia, uvas, abacate, abacaxi, banana, caju, goiaba, suco de frutas, suco de frutas com leite, salada de frutas.
Embutidos	Kitut®, linguiça, presunto/mortadela, empanado de frango, salsicha, hambúrguer, sardinha,bacon.
Carnes	Soja, vísceras, charque, fígado, ovo, carne, mocotó, frango, peixe, carne suína.
Alimentos regionais	Abóbora/jerimum, tapioca, cuscuz, batata doce, inhame, macaxeira.
Industrializados e fast/food	Refrigerante, sucos industrializados, salgados, salgadinhos, miojo, lasanha/macarronada, pizza, cachorro quente.
Doces	Mel, bolo com recheio, chocolate, achocolatado em pó, balas/pirulitos, sorvete, doces de frutas/leite.
Cereais e Farináceos	Macarrão, aveia, arroz, farofa, farinha de mandioca.
Verduras	Couve, alface, tomate, pepino, repolho, beterraba, cenoura, batata inglesa.
Feijões	Feijão, Fava

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

1.2 CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS ATENDIDAS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA URBANA DO MUNICÍPIO DE CUITÉ

Assim como na metodologia descrita anteriormente, para a realização do diagnóstico sobre saúde e alimentação de crianças menores de dois anos no município de Cuité utilizou-se a técnica de Amostragem Aleatória Estratificada. A pesquisa com crianças foi realizada na zona urbana do município que foi dividida em estratos territoriais, de acordo com as Unidades de Saúde da Família (USF) existentes. As amostras por estratos foram calculadas a partir do critério de partilha proporcional, admitindo-se o valor do erro de amostragem igual a 0,05 sob nível de confiança de 95%.

Para o cálculo da amostra foram coletados dados na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cuité, que informou a quantidade de crianças menores de dois anos atendidas nas unidades de saúde da família da zona urbana, conforme Tabela 2.

Para a realização da pesquisa de campo, o número de crianças a serem pesquisadas em cada USF foi dividido pela quantidade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e estes foram orientados a indicar o endereço das crianças menores de dois anos de forma a distribuí-las de acordo com a localização do domicílio, proporcionando assim, a pesquisa com crianças de diferentes microáreas. A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro e outubro de 2011, por alunos de graduação de Nutrição previamente treinados, e dentre estes alunos, um bolsista ficou responsável por supervisionar a pesquisa de campo em cada USF.

Tabela 2: Amostragem representativa de crianças menores de dois anos de idade por Unidade de Saúde da Família, Cuité, 2011

Unidade de Saúde da Família	Número de crianças acompanhadas	Amostra
Abílio Chacon	44	19
Diomedes Lucas	64	28
Luiza Dantas	54	23
Raimunda	79	34
Ezequias Venâncio	73	31
Total	314	135

As entrevistas foram realizadas com a mãe ou responsável pela criança mediante esclarecimentos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como instrumento para a entrevista foi utilizado um questionário semiestruturado que abordou informações socioeconômicas da família da criança, a insegurança alimentar no domicílio, participação no Programa Bolsa Família, além de questões relacionadas com a gestação da criança menor de dois anos, prática de aleitamento materno, alimentação complementar e estado nutricional. Ao final da pesquisa de campo foram aplicados 123 questionários, a perda de amostra está relacionada com a dificuldade de encontrar mães e crianças durante o dia em casa, todavia este menor número de crianças pesquisadas não interfere na confiabilidade e representatividade dos dados.

1.3 HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA URBANA DO MUNICÍPIO DE CUITÉ

Com metodologia semelhante aquela descrita anteriormente na pesquisa realizada com crianças menores de dois anos, também no período de setembro e outubro de 2011, foi realizada a coleta de dados sobre atenção à saúde e condições de vida de hipertensos cadastrados em USF da zona urbana no município de Cuité. Desta forma, foi utilizada a técnica de amostragem Aleatória Estratificada, e mais uma vez a zona urbana do município de Cuité foi dividida em estratos correspondentes ao território das cinco USF existentes. As amostras dos estratos foram calculadas a partir do critério de partilha proporcional, admitindo-se o valor do erro de amostragem é igual a 0,05 sob nível de confiança de 95%.

A Tabela 3 apresenta a quantidade de hipertensos cadastrados por USF da zona urbana e a amostra de hipertensos a serem pesquisados em cada território. Esta amostra foi na USF pela quantidade de ACS existentes em cada USF. O ACS foi orienta-

do a indicar os endereços dos hipertensos de forma a distribuí-los segundo a localização do domicílio, priorizando assim a pesquisa com hipertensos de microáreas diferentes.

A coleta de dados foi realizada com o auxílio de um questionário semiestruturado que abordou informações socioeconômicas, morbidade do hipertenso e adesão ao tratamento, além de questões relativas à atenção à saúde realizada na USF. A pesquisa de campo foi realizada por 15 alunos de graduação em nutrição e farmácia. Todos os alunos foram previamente treinados, e a coleta de dados foi realizada sob a supervisão de um aluno bolsista. Ao final da pesquisa de campo foram pesquisados 227 hipertensos. A mesma dificuldade enfrentada na pesquisa com crianças foi vivenciada na pesquisa com hipertensos, resultando na perda de nove casos.

Tabela 3: Amostragem representativa de hipertensos por Unidade de Saúde da Família, Cuité, 2011

Unidade de Saúde da Família	Número de hipertensos acompanhados	Amostra
Abílio Chacon	265	49
Diomedes Lucas	165	30
Luiza Dantas	291	54
Raimunda	232	43
Ezequias Venâncio	326	60
Total	1279	236

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/ Unidades de Saúde da Família

CAPÍTULO 2

CONHECENDO A POPULAÇÃO CUITEENSE: como vivemos?

Poliana de Araújo Palmeira
Ana Beatriz Macêdo Venâncio dos Santos

O município de Cuité está localizado na região do agreste paraibano, no semiárido nordestino. A região do semiárido tem como características as chuvas escassas e temperaturas elevadas, estas favorecem as altas taxas de evaporação dos rios geralmente temporários, acentuando o clima seco e a problemática da ausência de água (CIRILO et al., 2010). Com uma extensão correspondente a um quinto do território brasileiro, a região semiárida apresenta a caatinga como vegetação típica com solos rasos baseados em rochas cristalinas, muitos destes, expostos ao processo de desertificação causado por alterações climáticas e pelas atividades humanas que modificam a ocupação do solo. Importa destacar que o Estado da Paraíba apresenta o maior percentual de desertificação grave do Brasil (GREEN PEACE, 2010).

É neste contexto que está inserida a pequena cidade de Cuité composta por uma população de 19.978 habitantes distribuídos em 741,84 km² de extensão territorial, cuja área rural é ampla e permite a visualização de diversos espaços com solo e vegetação própria, inclusive solos de difícil manejo característicos da caatinga (INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL E ESTADUAL DA PARAÍBA/IDEME, 2011). Apesar de integrar a região semiárida e apresentar clima comum às cidades desta localidade, Cuité possui um clima local de maior precipitação com temperatura amenizada e oscilante entre 17° C e 28°C, devido à influência de sua localização à 600m de altitude (BARRETO, 2003). Conhecida como Serra do Cuité, a cidade é abastecida pelo açude Boqueirão

do Cais e localiza-se a 235,1 Km da capital João Pessoa, mais precisamente na microrregião do Curimataú ocidental do agreste paraibano, fazendo fronteiras com os municípios de Cacimba de Dentro, Barra de Santa Rosa, Nova Floresta, Picuí, Baraúna, Sossego e com o Estado do Rio Grande do Norte.

Com relação à economia, atualmente esta é baseada em pequenos comércios e/ou prestação de serviços a órgãos públicos, entretanto, ao longo da história de Cuité relata-se a intensa produção de sisal, considerada por muitos anos a principal atividade econômica da região. Nas últimas décadas, em termos de economia agrícola destaca-se a vocação do município para a produção de frutos como maracujá, manga, goiaba e caju, além da prática da apicultura.

Em termos de desenvolvimento econômico e humano os indicadores sociais do município demonstram a vulnerabilidade desta população. Com os dados apresentados pelo Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, entre os anos de 2010 e 2013, verifica-se um incremento no valor expressado pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Cuité, que ultrapassa a média do crescimento nacional e estadual, entretanto, ainda classifica a cidade como um município de baixo desenvolvimento, com IDHM de 0,591, colocando-o na 95ª posição no ranking dos municípios paraibanos e abaixo do valor encontrado no município de Campina Grande (0,72), referência da região (ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL, 2013).

Este Atlas também caracterizou o perfil econômico das famílias cuiteenses e destacou o aumento na renda per capita familiar entre os anos de 2000 e 2010. No ano de 2010 a renda per capita média das famílias do município de Cuité foi avaliada em 284,57 reais e 61,7% da população encontrava-se economicamente ativa nesse mesmo ano. Quando relacionamos a renda com o perfil educacional, os dados mostram que há mais cidadãos ocupados/com

trabalho, que concluíram apenas o ensino fundamental, revelando por um lado a baixa escolaridade da população cuiteense, e por outro, uma demanda/oferta de trabalho com cargos que exigem menor escolaridade. Entretanto, apesar deste quadro, observa-se um importante aumento no percentual de ocupados/com trabalho que possuem nível médio completo quando comparados os anos de 2000 (8,76%) e 2010 (22,79%).

Esta evolução reforça o argumento o qual defende que dentre as diferentes dimensões que compõem o indicador IDHM (Longevidade, Renda e Educação), o indicador educação apresentou o maior crescimento nos últimos 10 anos, todavia, os resultados deste indicador ainda se apresentam inferiores aos dados estadual e nacional.

Ainda tratando de desenvolvimento municipal, a história recente de Cuité registra um importante marco deste processo a partir da implantação de um campus da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) por meio do Plano de Expansão Universitária do Governo Federal, no ano de 2005. O Centro de Educação e Saúde (CES) é resultado de discussões entre gestores da região, a UFCG e movimentos sociais, sendo importante ressaltar neste processo a mobilização por parte da Prefeitura Municipal, Câmara de Vereadores, Paróquia Nossa Senhora das Mercês, da sociedade civil e da rádio local, que desencadeou na doação de instalações prediais para a acomodação inicial do campus. Atualmente, o CES dispõe de sete cursos de graduação, divididos em três Unidades, são elas: Unidade Acadêmica de Educação (Licenciaturas em Química, Física, Matemática e Biologia), Unidade Acadêmica de Saúde (Bacharelados em Nutrição e Farmácia) e Unidade Acadêmica de Enfermagem (Bacharelado em Enfermagem).

A perspectiva de acesso ao ensino superior a partir da existência deste campus pode ter contribuído para o crescimento do percentual de jovens com idade entre 18 e 20 anos que concluíram

o ensino médio em Cuité, dado que evoluiu de 3,43 % (2000) para 32,64% (2010), segundo o Atlas IDH Brasil 2013. Cabe destacar de acordo com um levantamento da própria instituição que o CES matricula estudantes de diferentes municípios da Paraíba e de outros estados, entretanto, uma parte importante dos discentes são moradores da cidade de Cuité e circunvizinhas. A experiência dos *campi* de expansão em cidades de pequeno porte tem mostrado não apenas potencial de incentivo a educação superior, como também o aquecimento da econômica local. No município de Cuité esta experiência não se mostra diferente com o aumento da população flutuante, observou-se o desenvolvimento do comércio/ serviços e da construção civil.

É considerando este contexto econômico e social que os resultados obtidos com a pesquisa de campo relatada neste livro se revelam, e assim podem complementar com maior clareza a situação socioeconômica e de saúde do município, elucidando problemas vivenciados pela população cuiteense, seus possíveis determinantes e/ou consequências, como apresentado a seguir.

Ao analisar as condições ambientais e econômicas da população cuiteense a partir da pesquisa é evidenciada a situação de vulnerabilidade do município, já revelada pelos indicadores anteriormente apresentados. No tocante aos dados socioambientais verificou-se que a maioria dos domicílios estão localizados na Zona Urbana e possuem uma família majoritariamente composta por até dois moradores por cômodos para dormir (81,4%), cujo o lixo produzido é predominantemente jogado em terreno baldio / próximo a casa (66,9%) ou queimado (26,7%) pela população. A tabela abaixo expressa outras características socioambientais da população cuiteense, a partir de percentuais separados para a zona urbana e rural.

Tabela 1: Caracterização socioambiental dos domicílios da zona urbana e rural, Cuité, 2011

Variáveis socioambientais	Zona urbana	Zona Rural
Domicílios com sanitário	91,6%	83,3%
Domicílios com estrutura de alvenaria acabada	96,3%	90,1%
Domicílios com fossa séptica ou rede pública de coleta de esgoto	39,5%	6,2%
Domicílios com água proveniente de rede pública	94,7%	0,9%
Domicílios com água proveniente de cisterna	30,6%	84,2%
Domicílios com disponibilidade diária de água	54,1%	90,4%

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Com relação aos aspectos socioeconômicos observou-se 39,3% das famílias pesquisadas possuem renda *per capita* mensal inferior a R\$ 136,24 reais, ou seja, $\frac{1}{4}$ do salário mínimo vigente em 2011. A análise mostrou que 64,1% da população cuiteense sobrevive com uma renda mensal por pessoa do domicílio de até R\$ 272,50 – os valores do Programa Bolsa Família foram excluídos no cálculo desta informação. Sabe-se que no Brasil as políticas voltadas para a erradicação da fome e pobreza oferecem subsídios para que o indivíduo e a família tenham acesso à comida e a outras necessidades essenciais. Para tanto, os cidadãos que apresentam situação de extrema vulnerabilidade devem ser assistidos com benefícios em dinheiro e/ou alimentos. No caso da população cuiteense 9,5% dos entrevistados afirmaram receber benefícios na forma de alimentos, especialmente leite e cesta básica, e 47,1% na forma de dinheiro oriundo do programa Bolsa Família.

É importante destacar o alcance dos programas sociais no município, visto que 91,3% das famílias em situação de pobreza e extrema pobreza (famílias com crianças e renda *per capita* mensal inferior a R\$ 140,00 e famílias sem crianças com renda inferior 70,00, segundo os valores vigentes em 2011) são titulares de direito do Programa Bolsa Família.

Tratando-se dos chefes destas famílias verificou-se que 54,9% são mulheres, 50,7% de cor parda e que sua maioria apre-

senta baixa escolaridade, onde 74,4% não possui escolaridade ou possui apenas o ensino fundamental incompleto, havendo também um número expressivo de chefes que não sabem ler e escrever (39,3%) e que, ainda assim, 91,6% não frequentava a escola no período de coleta de dados.

Com relação à idade dos chefes de domicílios verificou-se um maior percentual de indivíduos adultos, enquanto que, 28,4% são idosos. No tocante à ocupação 51,3% dos chefes de família relata possuir trabalho e 28,1% refere ser aposentado, quando questionados em relação ao tipo de ocupação que exerciam, foi marcante a presença de agricultores, pedreiros, lavadeiras, serviços gerais e trabalho autônomo.

A Tabela 2 apresenta dados sobre a situação de SAN dos domicílios pesquisados². Os resultados demonstram que grande parte das famílias convive com a preocupação ou medo de não ter o acesso ao alimento, ou seja, vivenciam situações de insegurança alimentar leve (30,4%); em outras famílias há relatos do comprometimento da qualidade da alimentação para garantir a quantidade diária de alimentos, o que caracteriza insegurança alimentar moderada (15,6%); e por fim, 9,7% dos domicílios apresentaram a insegurança alimentar do tipo grave, quando na família algum de seus integrantes, adulto ou criança, nos últimos três meses que antecedem a pesquisa passou um dia inteiro sem comer, por não haver dinheiro ou outra forma de adquirir o alimento. Contudo, importa destacar que a situação de Insegurança Alimentar (IA) se mostrou mais

2 A análise da SAN dos domicílios foi realizada com base na Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) que classifica os domicílios em seguros ou inseguros, sendo estes distribuídos também em níveis de severidade: leve, moderada ou grave. Esta escala é composta por 15 perguntas centrais, referentes aos três meses que antecedem a entrevista, envolvendo questões relacionadas com a preocupação do entrevistado de que o alimento venha a acabar antes que haja dinheiro para a compra de novos alimentos, o comprometimento da qualidade da dieta e as dificuldades de manter uma alimentação saudável e variada; e conclui com perguntas sobre as experiências dos membros da família com a privação concreta dos alimentos, ou seja, fome. Na atualidade a EBIA é o método mais consolidado para analisar a insegurança alimentar em populações.

prevalente e grave entre as famílias da zona rural do município de Cuité, visto que, apenas 25,4% das famílias afirmavam ter acesso permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente.

No que diz respeito a SAN quando comparados os resultados encontrados nesta pesquisa com estudos recentes, a exemplo da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada pelo IBGE em 2009, verifica-se um percentual de domicílios em situação de SAN em Cuité (44%) inferior aos observados no Nordeste (59,7%) e na Paraíba (59,0%). Os resultados da PNAD 2009 também apontaram uma prevalência de IA superior no Nordeste rural (49,0%) quando comparada ao urbano (45,1%), entretanto, em Cuité esta diferença se apresentou mais expressiva, visto que 74,6% dos domicílios pesquisados na zona rural apresentou algum grau de IA.

Em um estudo realizado por Vianna e Segall-Corrêa no ano de 2005 que analisou a situação de insegurança alimentar em 14 municípios paraibanos, verificou-se em Nova Floresta e Picuí, 52,9% e 57,5% dos domicílios em SAN, respectivamente, sendo estas prevalências superiores àquela observada na população cui-teense (VIANNA; SEGALL-CORRÊA, 2008).

Tabela 2: Percentual de domicílios em situação de segurança alimentar e nutricional e insegurança alimentar e gravidades, segundo zona urbana e rural, Cuité, 2011.

Segurança Alimentar e Nutricional	Cuité	Zona urbana	Zona rural
Segurança Alimentar e Nutricional ¹	44,3%	53,1%	25,4%
Insegurança Alimentar e Nutricional	55,7%	46,9	74,6%
Insegurança Alimentar Leve ²	30,4%	27,3%	36,8%
Insegurança Alimentar Moderada ³	15,6%	12,2%	22,8%
Insegurança Alimentar Grave ⁴	9,7%	7,3%	14,9%

Segundo IBGE, 2009: a Os moradores dos domicílios têm acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais; b Preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos no futuro; qualidade inadequada dos alimentos resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos; c Redução quantitativa de alimentos entre os adultos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos; d Redução quantitativa de alimentos entre as crianças e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre as crianças; fome (quando alguém fica o dia inteiro sem comer por falta de dinheiro para comprar alimentos).

Fonte: Dados coletados na pesquisa

Considerando os diversos fatores que influenciam no acesso aos alimentos, os entrevistados foram questionados quanto aos motivos que contribuíram para a escassez de alimentos no domicílio. Dentre as principais justificativas expostas destacam-se: a falta de dinheiro para comida (54,8%), a falta de variedade no mercado (41,4%), a dificuldade de chegar à feira (37,9%), o comprometimento da renda com dívidas (37,9%) e a falta de produção de alimentos (28,3%). Importa informar que não foi relatado expressivamente pelos componentes das famílias como motivos para a insegurança alimentar a falta de gás de cozinha, a falta de água para cozinhar ou a de tempo para cuidar das refeições.

Produção de alimentos e criação de animais no município de Cuité

Com os dados verificou-se que 80% dos domicílios pesquisados na zona rural apresentaram produção de alimentos e/ou criação de animais, sendo esta produção constituída especialmente por grãos, Feijão ou Milho, e tubérculos como Batata Doce e Jerimum. Apesar da vocação frutífera da região estes produtos foram pouco referidos, algumas plantações de frutas encontradas foram: goiaba e manga. Ainda na zona rural, 100% dos entrevistados referiram produzir para consumo próprio, enquanto que, 47,8% para venda, revelando a prática da agricultura de subsistência na região rural de Cuité para cerca de 50% dos produtores.

A produção para o autoconsumo é uma forma de fortalecimento da atividade agrícola e diminuição do êxodo rural de agricultores, visto que, viabiliza com maior facilidade o acesso e consumo de alimentos. Estudos enfatizam ainda como vantagem da produção familiar a execução por esses agricultores de um melhor manejo do meio ambiente, conduzindo a um produto final de consumo mais seguro. Além disso, a produção para o autocon-

sumo também contribui para um menor gasto no domicílio com alimentos (GAZZOLA, SCHNEIDER, 2007; CHIMELLO, 2010; GRISA, SCHNEIDER, 2008).

O escoamento para venda da produção é realizado segundo quatro caminhos: direto ao consumidor (49,3%), atravessadores (46,4%), mercados (18,8%) e governo (2,9%). Como incentivo à agricultura o governo federal instituiu programas tais como Garantia Safra, PRONAF (Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar), Programa de Aquisição de Alimentos, Programa de Distribuição de Sementes e o Programa Uma Terra Duas Águas e, neste quesito, a Tabela 3 aponta o acesso da população a estes programas de fomento à agricultura, sendo verificada assistência insuficiente às famílias pesquisadas, bem como os percentuais de produção de alimentos e criação de animais no município.

Tabela 3: Percentual de famílias que produzem alimentos, criam animais e participam de programas de fomento à agricultura, zona urbana e rural, Cuité, 2011.

Atividade agrícola	Zona urbana	Zona rural
Famílias que produzem alimentos	23,3%	84,2%
Famílias que criam animais para alimentação ou venda	12,2%	81,6%
Famílias que participam de programa do governo de fomento à agricultura	8,3%	27,3%

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Outro possível entrave para o fortalecimento da produção de alimentos reside no baixo índice pluviométrico da região, que apresenta aridez e risco de seca. Neste sentido o armazenamento de água por meio de cisternas mostra-se de fundamental importância para o acesso à água potável. Na população cuiteense observou-se uma boa cobertura deste programa, visto que grande parte das famílias residentes na zona rural conta com uma cisterna de placas para abastecimento do domicílio (84,2%) (Tabela 1).

Entretanto, importa destacar que as cisternas de placas encontradas apresentam capacidade de armazenar 16 mil litros de água, permitindo suprir a necessidade de consumo de uma família de cinco pessoas por um período de estiagem de 8 meses. Considerando esta capacidade entende-se que a partir desta estratégia, possivelmente não é viável o armazenamento de água para garantir, além do consumo humano, a atividade produtiva na propriedade, sendo fundamental a existência de cisternas do tipo calçadão, com capacidade de armazenar 52 mil litros de água (RUANO; BATISTA, 2010).

Consumo alimentar da população adulta

A análise do consumo de alimentos das famílias estudadas foi realizada considerando informações sobre o tipo, a frequência e a variedade dos alimentos consumidos. O Quadro 1 apresenta os 10 alimentos e bebidas mais frequentemente consumidos pela população urbana e rural do município de Cuité. Com os dados apresentados é possível perceber que em ambas as regiões alimentos básicos da dieta do brasileiro, como feijão e arroz, se destacam como os alimentos mais consumidos pela população cuiteense. Destaca-se que neste estudo foi questionado ao entrevistado se nos últimos três meses ele consumiu algum desses alimentos, e nesta perspectiva é possível observar na região rural uma menor inclusão de produtos proteicos de origem animal na dieta alimentar, como carne (81,6%) e frango (82,3%). Ainda sobre as diferenças regionais verifica-se na lista dos 10 alimentos mais consumidos, o Jerimum e a Farinha de Mandioca apenas na zona rural, possivelmente, este consumo está relacionado com a produção de alimentos para o autoconsumo, atividade relatada nesta região.

Quadro 1: Lista com os 10 alimentos e bebidas mais frequentemente consumidos, segundo região urbana e rural, Cuité, 2011

Alimentos e bebidas			
	Zona urbana		Zona Rural
Feijão	98,4	Feijão	99,1
Arroz	95,5	Arroz	98,2
Café	90,5	Café	86,0
Carne	89,8	Pão	85,1
Pão	89,4	Cuscuz	83,3
Frango	89,4	Banana	82,5
Banana	86,5	Frango	82,3
Tomate	86,4	Carne	81,6
Caldo/sopa	83,4	Farinha de mandioca	81,4
Cuscuz	80,7	Jerimum	79,8

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Com relação à frequência do consumo alimentar segundo grupos de alimentos apresentadas na tabela 4, é possível observar padrões de consumo semelhantes, em ambas regiões, cabendo destacar uma menor frequência do consumo de alimentos dos grupos de Leite e derivados (74,3%) e Verduras (86,5%) entre indivíduos da zona rural. Diferenças no consumo alimentar entre regiões urbanas e rurais são destacadas em um estudo realizado com dados da Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares 2002-2003, que aponta que os indivíduos residentes em localidades rurais apresentam maior probabilidade de adquirir produtos básicos, como farinha de mandioca, arroz e açúcar, enquanto que para aqueles residentes na zona urbana outros produtos se mostram mais importantes, a exemplo de pão, carne bovina, queijos e leite em pó (COELHO, 2009).

Na última pesquisa sobre disponibilidade domiciliar de alimentos publicada pelo IBGE (2002-2003), foi verificada uma participação de refeições prontas e misturas industrializadas na dieta do brasileiro, três vezes maior na zona urbana quando comparado à zona rural, diferente do observado para população cuitense que apresentou frequências de consumo de alimentos industrializados

e *fast-foods* semelhante entre as regiões, exceto para alimentos do tipo embutidos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE, 2004).

Tabela 4: Frequência do consumo de alimentos nos últimos três meses, segundo grupos alimentares e área de moradia, Cuité, 2011

Grupo de alimentos*	Percentual de indivíduos que referiram consumir alimentos do grupo nos últimos três meses	
	Zona urbana	Zona rural
Leite e derivados	92%	74,3%
Carnes	100%	99,1%
Pães	98,7%	99,1%
Cereais e Farináceos	100%	100%
Feijões	98,3%	99,1%
Frutas	97,9%	95,5%
Verduras	94,1%	86,5%
Alimentos regionais	99,6%	100%
Industrializados e <i>fast-food</i>	84,5%	81,3%
Embutidos	75,3%	63,2%
Açucares	70,5%	68,4%

*Observar definição dos grupos de alimentos no capítulo 1.

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

A análise sobre o padrão de consumo da população de Cuité também é marcada pela baixa variedade, que caracteriza um quadro generalizado de monotonia alimentar, sendo este, ainda mais agravado nas famílias residentes na zona rural, visto o menor consumo de diferentes tipos de frutas, verduras e leite e seus derivados (Tabela 5).

Ainda sobre variedade verifica-se que há um consumo mais diversificado dos grupos de alimentos: Pães e Cereais/Farináceos, destacando-se, no entanto, que estes grupos alimentares, em sua maioria, são compostos por alimentos ricos em carboidratos simples como bolachas, macarrão e farinhas. Por fim, um ponto positivo observado se refere ao consumo variado de alimentos regionais entre indivíduos da zona urbana.

No tocante ao preparo dos alimentos, os dados da pesquisa apontam que apenas 6,4% da dos cuiteenses não usam gordura na preparação e que, por outro lado, há os que têm como ingredientes frequentes nas refeições o óleo (96,8%) e a margarina (66,2%), havendo com baixa prevalência do uso de azeite (16,0%).

Tabela 5: Análise da variedade¹ de alimentos consumidos segundo grupos alimentares nos últimos três meses, zona urbana e rural, Cuité, 2011

Grupo de alimentos*	Percentual de indivíduos que referiram consumir alimentos do grupo nos últimos três meses	
	Zona urbana	Zona rural
Leite e derivados	34,2%	10,6%
Carnes	22,2%	19,6%
Pães	71,5%	70,2%
Cereais e Farináceos	66,5%	67,9%
Frutas	37,3%	14,4%
Verduras	35,3%	17,1%
Alimentos regionais	67,8%	47,8%
Industrializados e <i>fast-food</i>	16,3%	8,0%
Embutidos	7,1%	4,4%
Açúcares	11,4%	11,4%

*Observar definição dos grupos de alimentos no capítulo 1. ¹ Análise de variedade: considerou-se variado o consumo de pelo menos 50% dos diferentes tipos de alimentos pertencentes ao grupo, por exemplo, segundo o questionário de frequência adotado são dadas 11 opções de carnes (Soja, vísceras, charque, fígado, ovo, carne, mocotó, frango, peixe, carne suína) considerou-se um consumo variado para aqueles que referiram consumir nos últimos três meses pelo menos 5 tipos de carnes.

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Complementando o diagnóstico sobre o consumo de alimentos 41,5% dos entrevistados declararam que faltam alimentos para que seu consumo seja adequado na perspectiva de uma alimentação saudável, dentre os quais, os mais citados foram verduras, frutas e carnes, em acordo com os dados apresentados.

Estado nutricional da população adulta e idosa

Os resultados do diagnóstico sobre o estado nutricional da população adulta e idosa cuiteense, segundo o indicador Índice

de Massa Corporal (IMC), estão expressos na Tabela 6. Verifica-se em indivíduos adultos uma prevalência de magreza inferior a 5%, enquanto que, 32,2% dos indivíduos apresentaram sobrepeso e 16,5% obesidade. Estes dados corroboram com os resultados apresentados pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009 que encontrou na região Nordeste uma prevalência de 52,8% de indivíduos com sobrepeso/obesidade, cuja prevalência não varia em função de fatores sociais como área de moradia (urbana ou rural) e renda familiar, mostrando a tendência epidêmica da obesidade.

Tabela 6: Prevalência de Baixo Peso, Eutrofia, Sobrepeso e Obesidade entre adultos e idosos, segundo o Indicador Índice de Massa Corporal, Cuité, 2011.

Índice de massa corporal	Cuité	Zona urbana	Zona rural
Adulto (20-59 anos de idade)			
Baixo peso	1,4%	1,3%	1,8%
Eutrófico	49,9%	49%	51,8%
Sobrepeso	32,2%	31,4%	33,9%
Obesidade	16,5%	18,4%	12,5%
Idoso (60 anos de idade ou mais)			
Baixo peso	21,1%	20,9%	21,4%
Eutrófico	47,3%	46,4%	49,1%
Sobrepeso	31,6%	32,6%	29,5%

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Por outro lado, em idosos, observa-se o alto percentual de baixo peso, 21,1%, quando comparado aos dados da POF 2008-2009 que apontam uma prevalência de baixo peso entre os indivíduos com mais de 75 anos de idade inferior a 5%.

Neste sentido, pode-se destacar que o alto percentual de adultos com sobrepeso/obesidade encontrado no município de Cuité é reflexo, dentre outros fatores, de mudanças nas escolhas alimentares, com a inclusão de alimentos com alta densidade calórica e de baixo custo na dieta. Este novo padrão epidemiológico e de

consumo alimentar caracteriza o processo de transição alimentar e nutricional, no qual se observam, a partir da urbanização e do crescimento econômico, inclusive em populações interioranas, mudanças no estilo de vida da população, o que tem conduzido a população a um maior risco para desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (MONDINI; GIMENO, 2011). No Brasil, este processo se mostra de maneira bem específica, visto que o surgimento da obesidade se revela, ao mesmo tempo, em que doenças carenciais ainda se mostram prevalentes, a exemplo da anemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) se realiza quando todos, individualmente ou em comunidade, têm acesso a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, de forma regular e permanente, sendo uma obrigação do estado respeitar, promover, proteger e prover, quando necessário, a alimentação adequada à população. Ao analisar os resultados encontrados sobre a população cuiteense na perspectiva do DHAA, verificam-se diferentes situações de violação deste direito, com destaque para os dados que revelam a insegurança alimentar e a fome vivenciadas por famílias da comunidade cuiteense.

A insegurança alimentar no município de Cuité se mostra relacionada com fatores socioeconômicos. Na zona urbana a baixa renda decorrente da ausente ou reduzida escolaridade dos indivíduos e da ocupação por trabalhos informais e pouco remunerados, conduzem ao medo e a insegurança de ter o alimento na mesa todos os dias. Na região rural, a baixa renda, decorrente de fatores sociais, também é determinada pela desorganização da atividade agrícola, principal fonte de renda, e por que não, de alimentos do agricultor e de sua família, o que resulta não apenas no medo de

que o alimento venha a faltar no domicílio, mas principalmente na privação do consumo adequado de alimentos permanentemente.

Esta desestruturação do espaço rural caracterizada pelo baixo acesso aos programas de incentivo à agricultura familiar e as dificuldades vivenciadas no escoamento da produção e na relação do agricultor com as condições geográficas e climáticas desfavoráveis da região, gera uma baixa produtividade agrícola e, conseqüentemente, uma menor disponibilidade de alimentos produzidos no município de Cuité em feiras e mercados locais. Quando um determinado território não dispõe de uma produção de alimentos fortalecida, o abastecimento da população se dá por meio dos comerciantes de diferentes localidades, que assim colocam para venda alimentos produzidos em outras regiões e comprados em alta escala, tornando, portanto, a região dependente deste comércio em termos de disponibilidade de alimentos, não colaborando para o projeto de soberania alimentar do território, ou seja, com a promoção da autossuficiência na produção de alimentos e com a autonomia e o direito dos povos de decidirem seu próprio sistema alimentar e produtivo, acima das exigências de mercados ou empresas.

Além disso, a não valorização da produção local pode conduzir a um aumento no custo do produto final para o consumidor, bem como, a depender do local de produção dos alimentos, este alimento alcança o consumidor com uma vida de prateleira menor. Com a análise dos dados sobre consumo alimentar conclui-se que os estraves para a produção de alimentos no município, aliados a baixa renda das famílias, conduz a um consumo alimentar monótono para quase todos os grupos de alimentos, podendo destacar as frutas e verduras. Assim, o padrão alimentar da população cuitense é baseado essencialmente no consumo de carboidratos oriundos de pães, cereais e farinhas, e produtos regionais como milho, feijão, jerimum e outros tubérculos. De forma semelhante ao que

se observa na população brasileira o consumo de *fast-foods* e alimentos industrializados, ricos em açúcares e gorduras, se mostra presente da dieta do cuitense, apontando por um lado um padrão alimentar pobre em micronutrientes essenciais pelo consumo pouco variado de frutas e verduras, e por outro, rico em carboidratos, açúcares e gorduras, que geralmente trazem uma maior saciedade após o ato alimentar.

Este padrão alimentar pode ser decorrente, não apenas da baixa renda familiar e das dificuldades para a produção de alimentos no município, mas também da própria escolha do indivíduo, que aparentemente não tem sido motivado ou encorajado a mudar o consumo de alimentos, em favor de uma alimentação e estilo de vida saudável.

Neste contexto, a valorização da produção familiar enquanto estratégia para geração de renda e alimentação saudável se dará com profissionalização desta atividade produtiva, colocando no mercado um produto que tenha competitividade em meio a grande diversidade de produtos disponíveis para compra pelo consumidor, o que requer atributos de preço, qualidade e inovação, em um espaço de venda atrativo.

Ao discutir a questão da mudança da atividade produtiva e de comércio da agricultura familiar, alcança-se a discussão do empreendedorismo. Sendo assim, investir na capacidade empreendedora do cuitense em qualquer que seja a atividade produtiva, se mostra uma das principais estratégias para superação da pobreza, visto que, além de possibilitar a autonomia financeira, recupera a autoestima do indivíduo e aquece a economia local, sendo também um dos caminhos para (re) inserção do indivíduo de forma ativa e participativa na comunidade.

Mesmo com a existência da privação de alimentos no município de Cuité, no tocante ao estado nutricional, o sobrepeso/obesidade, morbidades que nos remete ao consumo excessivo de

alimentos, se revela como um importante problema de saúde e insegurança alimentar no município de Cuité. Na atualidade, se tem discutido o caráter epidêmico da obesidade, enquanto problema de saúde que atinge igualmente indivíduos de diferentes classes sociais ou regiões de moradia, este comportamento é explicado pela associação de dois fatores principais: a redução do gasto energético cotidiano, com a inserção da tecnologia na rotina das comunidades, associado ao sedentarismo, e ao aumento do valor calórico da dieta do indivíduo. Sobre este último fator não se defende que o indivíduo está comendo em maior quantidade ou mais vezes ao dia, mas sim alimentos com alta densidade calórica, que garantem um grande aporte energético, o que nem sempre está associado ao aporte também de proteínas, vitaminas e minerais.

Para melhor compreensão sobre a relação do excesso de peso e a realidade cuiteense, se faz necessário nos remeter ao passado e aos estudos que caracterizaram a fome e suas consequências no Brasil, ao longo dos últimos anos.

Neste sentido, cabe destacar o livro *Geografia da Fome*, do autor Josué de Castro, que apresentou nas décadas de 40-50 um primeiro relato sobre a situação alimentar e nutricional da população brasileira. Especialmente sobre a região do sertão nordestino, Josué caracteriza a alimentação do sertanejo neste período, como uma alimentação equilibrada e sem excessos composta essencialmente por alimentos oriundos da terra e da produção familiar, e explica que os problemas da alimentação do homem do semiárido nordestino se instalam com a adversidade climática da região, ou seja, com a seca, que resulta em surtos epidêmicos e periódicos de desnutrição e carência nutricionais em adultos e crianças. Assim, Josué justifica a fome e a desnutrição por meio da produção de alimentos, da culinária e da prática alimentar dos indivíduos, no contexto do município de Cuité, a privação de alimentos e o sobrepeso/obesidade, apesar de fenômenos aparentemente opostos, se

mostram relacionados também com o desenvolvimento agrícola e o comportamento alimentar contemporâneo.

Josué de Castro explicava ainda que a instalação da fome na região nordestina era um reflexo da ausência de ações estruturantes e sistemáticas do Estado Brasileiro, que viabilizassem a convivência do homem com as adversidades climáticas, o que evitaria a fome e o êxodo rural em períodos de seca. Na história recente, com a implementação da Estratégia Fome Zero no Brasil, muitas são as ações direcionadas ao homem do campo, a exemplo do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar, Programa 1 Milhão de Cisternas, Programa Bolsa Família, Programa de Aquisição de Alimentos, dentre outros.

O conjunto destas ações tem contribuído para a melhora da economia local e do poder aquisitivo das famílias, com destaque para o Programa Bolsa Família que apresenta uma ampla cobertura no município de Cuité e tem garantido renda para aquisição de alimentos de grande parte das famílias. Entretanto, conclui-se que ainda não é suficiente para assegurar outros aspectos da alimentação adequada como a diversidade, a qualidade e, possivelmente, a estabilidade do consumo, gerando situações de insegurança alimentar, inclusive a obesidade.

Por fim, acredita-se que para a superação dos problemas de insegurança alimentar no município de Cuité se faz necessário o fortalecimento das políticas públicas estruturantes, como educação, agricultura e saúde, de forma que os problemas sejam enxergados pelos gestores considerando a natureza multifatorial de suas causas e consequências, conduzindo a um planejamento de ações mais adequado e condizente com a realidade cuiteense.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO CIVIL GREEN PEACE. **Mudanças do clima, mudanças da vida** – como o aquecimento global já afeta o Brasil. Green Peace Brasil. 2006.

BARRETO, J. A.; DANTAS, J. P.; SILVA, A. P.; PAIVA, P. Q. C. Propriedades químicas dos solos cultivados com maracujazeiros na serra do Cuité, Estado da Paraíba. **Ver. Agropecuária Técnica**, Areia, v. 24, n. 1, p. 79-91, 2003.

CAMPOS, M. A. *et al.* Estado Nutricional e Fatores Associados em Idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2006, v. 52, n. 4, p. 2014-21.

CHIMELLO, R. Fatores determinantes da produção para autoconsumo na agricultura familiar. **Revista Unoesc & Ciência** – ACET, Joaçaba, v. 1, n. 2, p. 163-174, 2010.

CIRILO, J. A.; MONTENEGRO, S. M. G. L.; CAMPOS, J. N. B. **A questão da água no semiárido brasileiro**. In: BICUDO, C. E. M.; TUNDISI, J. G.; SCHEUENSTUHL, M. C. B. Águas do Brasil: análises estratégicas. Instituto de Botânica. São Paulo, 2010.

COELHO, AB *et al* **Padrão de consumo de alimentos no Brasil**. RESR, Piracicaba, SP, vol. 47, nº 02, p. 335-362, abr/jun 2009 – Imprensa em julho 2009

GAZOLLA, M.; SCHNEIDER, S. A produção da autonomia: os “papéis” do autoconsumo na reprodução social dos agricultores familiares. **Revista de Estudos Sociais e agrícolas**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 89-122, 2007.

GRISA, C.; SCHNEIDER, S. “Plantar pro gasto”: a importância do autoconsumo entre famílias de agricultores do Rio Grande do Sul. **Revista Estudos de Economia e Sociologia Rural**, Piracicaba -SP, v. 46, n. 2, p. 481-515, 2008.

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL 2013. **Perfil Municipal de Cuité-PB**. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/cuite_pb. Acesso em: 20 de Janeiro de 2014, às 10h.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)/Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à fome/Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar - 2004/2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro; 2010a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil**. Rio de Janeiro; 2004.

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL E ESTADUAL DA PARAÍBA (IDEME). **Características do crescimento populacional das regiões geo-administrativas do Estado da Paraíba, 2000-2010**. IDEME, 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 – Perfil municipal de Cuité-PB**. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/o_atlas_/. Acesso em: 22 de fevereiro de 2014, às 18hs.

MONDINI, L.; GIMENO, S. G. A. **Transição Nutricional: significado, determinantes e prognóstico**. In: TADDEI, JAA; LANG, RMF; Longo-Silva, G; TOLONI, MHA. *Nutrição em Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.

RUANO, O.; BAPTISTA, N. Q. Acesso à água como fator de segurança alimentar e nutricional no semiárido brasileiro. In: Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a fome. **Fome Zero: Uma história brasileira**. Brasília-DF: MDS, Assessoria Fome Zero. 2010, p. 117-134.

VIANNA, R. P. T.; SEGALL-CORREIA A. M. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 21, p. 111-122, 2008.

CAPÍTULO 3

ATENÇÃO PARA O FUTURO:

nutrição e saúde de crianças no município de Cuité

Poliana de Araújo Palmeira
Cândida Isabel de Figueiredo
Leyla Helenna Ribeiro Gouveia

O governo brasileiro tem reconhecido a importância da formulação de políticas públicas focadas em grupos e comunidades vulneráveis, e nas últimas décadas vem considerando o curso da vida como um importante corte na definição do público-alvo das ações e de programas sociais e de saúde.

Neste sentido os dois primeiros anos de vida são caracterizados como um dos períodos mais críticos para assegurar a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e a saúde de uma população, tendo em vista que neste ciclo o organismo humano ainda encontra-se imaturo em termos de desenvolvimento fisiológico e imunológico, o que predispõe o desencadeamento de morbidades e processos de desnutrição (MAHAN *et al*, 2005). Esta imaturidade do organismo condiciona o desenvolvimento de uma importante sensibilidade da criança aos fatores sociais próprios do meio em que ela cresce e desenvolve-se, o que justifica a adoção da análise das condições de vida e saúde deste grupo como um consistente indicador de desenvolvimento de um país, estado, município ou localidade. Do mesmo modo que põe em evidência a necessidade da realização de ações específicas de atenção nutricional e à saúde para o grupo das crianças menores de dois anos de idade (WHO/UNICEF, 2005).

O processo de maturação do organismo humano nos primeiros dois anos de vida também se relaciona diretamente com as práticas alimentares, visto que ao nascer, o sistema digestório não é capaz de digerir adequadamente outros tipos de alimentos

além do leite materno, assim, a alimentação da criança deve estar adequada aos diferentes estágios de desenvolvimento do seu organismo (BRASIL, 2002).

Associado a esta característica a incapacidade para o autocuidado transporta à mãe e demais familiares a responsabilidade de otimizar os recursos disponíveis no lar e na comunidade em prol da saúde e SAN da criança, tornando esta ainda mais vulnerável aos fatores relacionados com o meio em que convive (ENGLE, *et al*, 1997).

Sendo assim, considerando este perfil de vulnerabilidade, as crianças menores de dois anos de idade destacam-se como um grupo prioritário nas políticas de saúde e sociais do Brasil, e desta forma, esta equipe de pesquisa optou por dispensar um espaço, também prioritário, para discutir aspectos da saúde e nutrição de crianças atendidas nas Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Cuité.

Neste capítulo serão abordadas 4 dimensões de resultados, a saber: Condições de vida na família, Atenção à saúde materno-infantil, Aleitamento materno e prática alimentar, e Estado nutricional e morbidade.

a) Condições de vida na família

Os dados apresentados na Tabela 1 revelam que metade das famílias nas quais as crianças menores de dois anos estão inseridas apresenta renda per capita mensal abaixo da linha da pobreza. A situação de insegurança alimentar foi observada em 46,3% das famílias, inclusive na forma mais grave, ou seja, verifica-se além da vulnerabilidade econômica, a violação do direito ao acesso regular e permanente à alimentos em parte da população

Considerando a fragilidade imunológica e a fase de desenvolvimento e de crescimento de crianças menores dois anos, a condição social confere um risco para sua saúde e nutrição, neste sentido,

estudos destacam a importância dos programas sociais e de transferência de renda, que podem configurar-se como uma estratégia de proteção à saúde da criança (CAMELO *et al*, 2009; BRASIL, 2007).

No município de Cuité verificou-se que 59,3% das famílias pesquisadas são titulares de programas sociais de transferência de renda, o que mostra uma importante cobertura.

Tabela 1: Caracterização socioeconômica e de insegurança alimentar de famílias, escolaridade e ocupação materna, e idade das crianças menores de dois anos, zona urbana, Cuité, 2011.

Variável	Percentual	
Idade da criança	0 – 6 meses	31,7%
	6 – 12 meses	28,5%
	12 – 24 meses	39,8%
Escolaridade materna	Baixa Escolaridade ^a	40,2%
	Média Escolaridade ^b	24,6%
	Alta Escolaridade ^c	35,2%
Renda per capita	Abaixo da linha da pobreza ^d	49,6%
	Acima da linha da pobreza ^e	50,4%
Ocupação materna	Tem trabalho	21%
	Não tem trabalho ^f	65,7%
	Pensionista	2,4%
	Estudante	10,9%
Titular de programas de transferência de renda	Sim	59,3%
	Não	40,7%
Insegurança alimentar no domicílio	Segurança alimentar	53,7%
	Insegurança alimentar leve	31,7%
	Insegurança alimentar moderada/grave	14,6%

a Mães sem escolaridade ou que não concluíram o ensino fundamental.

b Mães com ensino fundamental completo e ensino médio incompleto.

c Mães com ensino médio completo, técnico ou superior.

d Renda per capita mensal inferior à R\$140,00.

e Renda per capita mensal acima de 140,00 R\$.

f Mães desempregadas ou dona de casa.

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Com relação à escolaridade e à ocupação materna observa-se que apenas 21% das mães afirmam trabalhar e 40,2% nunca estudou ou concluiu o ensino fundamental. Estes dados podem re-

forçar o contexto de vulnerabilidade anteriormente referido, e também conferir risco à saúde da criança.

A baixa escolaridade materna pode resultar numa maior dificuldade de compreensão sobre o processo de cuidado com a criança, especialmente na ausência de serviços de saúde efetivos que possam acolher, apoiar e acompanhar o processo de cuidado durante os dois primeiros anos de vida.

b) Atenção à saúde materno-infantil

Sobre a atenção à saúde durante a gestação os dados apontam que a maioria expressiva das mães das crianças estudadas realizou o pré-natal. Assim como, 85,7% das mulheres iniciou o pré-natal nos primeiros três meses de gestação, sendo que 85,8% realizaram um mínimo de seis consultas e 89,5% receberam orientação de profissional de saúde ou agente comunitário sobre aleitamento materno ainda durante a gestação.

As mulheres entrevistadas afirmaram ainda que o parto da criança foi realizado em sua maioria por médico ou enfermeiro (94,3%) e para 59% das mulheres o parto foi do tipo normal. Metade das mulheres afirmou que a criança foi colocada ao seu lado ainda na sala de parto, entretanto, apenas 15% revelaram que a criança mamou a primeira vez imediatamente após o parto.

A realização do parto normal é recomendada por instituições nacionais e internacionais, visto que é mais seguro para a criança e a para a mãe, assim como, não apresenta risco de comprometer o futuro reprodutivo da mulher. As mulheres que optam pelo parto normal apresentam uma menor chance de ter recém-nascidos prematuros ou com alterações respiratórias, além de recuperar-se mais rapidamente e com menor frequência de complicações, quando comparado às mulheres que optam pelo parto do tipo cesáreo.

Outro benefício do parto normal está relacionado com a amamentação que pode ser iniciada mais precocemente após partos naturais, sendo a realização do aleitamento materno ainda na sala de parto uma importante ação que favorece a adesão da mãe à amamentação e a criação de vínculos entre mãe-filho (LEITE, 2012).

A opção da gestante pelo parto normal tem suas raízes na participação em um pré-natal que oferece à mulher uma preparação física e emocional necessária para esta escolha, bem como na existência de hospitais e profissionais que deem o suporte para a realização de um parto humanizado, no qual a mulher receba um tratamento acolhedor e respeitoso, com manejo da dor do parto incentivo e apoio ao aleitamento materno.

Com relação à atenção à saúde da criança a maioria das mulheres possuía o Cartão da Criança em uso e atualizado, e em 85,3% dos cartões analisados verificou-se o registro do peso da criança na curva de crescimento nos últimos três meses. Para 9,7% das crianças menores de dois anos estudadas a vacinação não se encontrava em dia e 21,3% não foram suplementadas com Vitamina A, segundo informações observadas no Cartão da Criança.

Tabela 2: Informações sobre gestação e parto das mães de crianças menores de dois anos, zona urbana, Cuité, 2011.

Variáveis	Percentual	
	Sim	97,6%
	Não	2,4%
	Cesário	41%
	Normal	59%
Mãe possui o Cartão da Criança	Sim, em uso atualizado	93,2%
	Sim, em uso desatualizado	6,8%
O peso da criança foi registrado na curva nos últimos 3 meses	Sim	85,3%
	Não	14,7%
Vacinação em dia	Sim	90,3%
	Não	9,7%
Suplementação de Vitamina A para maiores de 6 meses	Sim	78,7%
	Não	21,3%

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

A atenção à saúde materno-infantil exerce um papel fundamental na prevenção de doenças, especialmente em contextos de vulnerabilidade social como o das famílias estudadas em Cuité. É por meio do contato com os profissionais de saúde que a mãe ou o responsável pode trocar as informações necessárias ao cuidado adequado, para assim, exercer uma prática que proteja a criança dos fatores de risco à saúde próprios do meio, proporcionando um crescimento e desenvolvimento saudável.

c) Aleitamento materno e prática alimentar

A Tabela 3 apresenta dados sobre a prática do aleitamento materno das crianças estudadas. Tendo em vista o consenso existente sobre as propriedades nutricionais do leite materno e o seu efeito positivo e determinante para o desenvolvimento infantil, a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde recomendam a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade (Brasil, 2002).

A partir dos seis meses de vida a maioria das crianças atinge um estágio de desenvolvimento fisiológico que a torna apta para consumir outros alimentos, além disso, esta complementação da amamentação se faz necessária para suprir as necessidades nutricionais da criança. Assim, recomenda-se a manutenção do aleitamento materno até os dois anos de idade, associado à introdução gradativa de alimentos complementares (MONTE, GIUGLIANI, 2004).

Apesar destas recomendações, os dados do município de Cuité revelam um importante percentual (23,1%) de crianças desmamadas ainda nos seis primeiros meses de vida, quando analisadas as crianças com idades entre 12 e 24 meses a prevalência de aleitamento materno é de apenas 38,8%, como apresentado na Tabela 3. Estes dados caracterizam uma baixa prevalência do aleitamento materno no município de Cuité, como também observado

por Palmeira *et al* (2011), em um estudo realizado em 14 municípios em situação de vulnerabilidade social do estado da Paraíba.

Dentre as crianças menores de seis meses que ainda amamentam verifica-se que 50% receberam exclusivamente o leite humano, evidenciando não apenas o problema do desmame precoce, como também da introdução inoportuna de alimentos complementares na dieta da criança. Neste sentido, estudos reforçam que a introdução precoce de alimentos complementares aumenta a morbimortalidade em crianças, como consequência da menor participação do leite materno no esquema alimentar a partir do consumo de novos alimentos, e do risco atribuído ao consumo de alimentos contaminados, especialmente em espaços de higiene precária e baixa disponibilidade de água (GIUGLIANI; VICTORA, 2000; MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Tabela 3: Prevalência de aleitamento materno segundo faixa etária de crianças menores de dois anos, zona urbana, Cuité, 2011.

Aleitamento materno	0-5,9 meses	6-11,9 meses	12-24 meses
Desmame*	23,1%	54,3%	61,2%
Aleitamento Materno Total**	76,9%	45,7	38,8%
Tipos de aleitamento materno			
Aleitamento Materno Exclusivo***	50,0%	12,5%	-
Aleitamento Materno Predominante/Misto****	33,3%	6,3%	-
Aleitamento Materno Complementado*****	16,7%	81,3%	100%

* Crianças que não são alimentadas pelo leite materno.

** Crianças alimentadas pelo leite materno, independente do consumo de outros alimentos.

*** Criança alimentada somente pelo leite materno.

**** Criança que recebe, além de leite materno, água, chás e/ou outros tipos de leite.

***** Criança que recebe leite materno, complementado com outros alimentos.

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Diante disso, verifica-se na Tabela 4 que uma parte importante das crianças estudadas iniciou o consumo de Água (84,6%), Suco (69,1%), Vitamina de fruta/Fruta (61%) e Leite de vaca (49,6%) antes dos seis meses de idade. Importa destacar também que 19,5% das crianças estudadas consumiram alimentos indus-

trializados e/ou fast-foods, como salgados e macarrão instantâneo, antes de completar os seis meses de idade.

Outro ponto importante sobre a alimentação complementar se refere à consistência das preparações oferecidas à criança. Neste sentido, o Ministério da Saúde (2002) recomenda que inicialmente a alimentação complementar possa ser preparada especialmente para a criança e ofertada com consistência espessa. A partir dos 8 meses de idade a criança deve receber os alimentos consumidos pela família desde que amassados, picados, desfiados ou cortados em pedaços pequenos.

A partir dos 12 meses recomenda-se restringir o consumo de alimentos semi-sólidos e pastosos, visto que, preparações diluídas como sopas e mingaus podem não atingir a densidade mínima de energia recomendada para o consumo da criança. No município de Cuité verificou-se que dentre as crianças maiores de um ano 28,6% não consumiram alimentos de consistência sólida no dia anterior à entrevista.

Tabela 4: Introdução de alimentos complementares na dieta de crianças menores de dois anos, zona urbana, Cuité, 2011.

Alimentos	Introduziu		Não introduziu
	Antes dos 6 meses Percentual	Após 6 meses Percentual	Percentual
Água	84,6	4,1	11,4
Chá	37,4	4,1	58,5
Suco	69,1	6,5	24,4
Vitamina de Fruta/ Fruta	61,0	12,2	26,8
Leite (pó ou fluido)	49,6	14,6	35,8
Formula Infantil	30,9	1,6	67,5
Papinha	34,1	12,2	53,7
Alimentos da Família	39,8	28,5	31,7
Industrializados/Fast-food	19,5	30,1	50,4
Carne	26,0	30,1	43,9

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

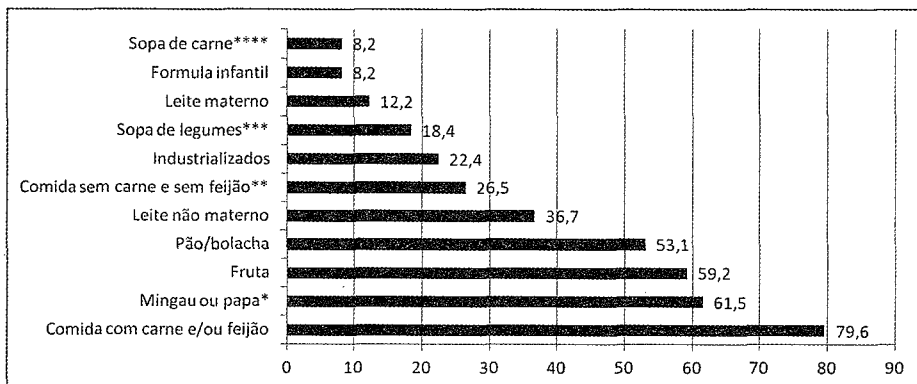
Uma alimentação complementar adequada engloba a oferta de alimentos variados e com quantidade suficiente de energia e micronutrientes, inócuos, e pouco condimentados ou adicionados de sal. Alguns estudos apontam a monotonia alimentar como um dos principais fatores que caracterizam a inadequação da alimentação complemen-

tar em crianças brasileiras, tendo em vista que apenas dietas variadas asseguram o aporte de micronutrientes necessários à nutrição da criança (PALMEIRA; SANTOS; VIANNA, 2011; MATOS *et al.*, 2014).

A oferta de diferentes tipos de alimentos no primeiro ano de vida se configura como um importante desafio para o cuidador, visto que, por vezes, para que um alimento seja bem aceito este precisa ser apresentado à criança entre 8 a 10 vezes, sendo assim, neste período o leite materno por ser rico em diferentes tipos de micronutrientes, se apresenta como um fator protetor para a saúde da criança.

Considerando as recomendações expostas foi pesquisado com os responsáveis o consumo dos principais alimentos/preparações ofertadas à criança. Os resultados apontam que a maioria expressiva das crianças maiores de um ano consome alimentos da família com carne e feijão (79,6%), Mingau ou papa (61,2%) e Frutas (59,2%). A partir desta análise verificam-se comportamentos de risco relacionados com a alimentação da criança, haja vista o expressivo consumo de preparações lácteas, de leite não materno, e de alimentos industrializados (Gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição percentual do consumo de alimentos nas últimas 24 horas que antecederam a pesquisa por crianças com idade entre 12 e 24 meses, acompanhadas em Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Cuité, 2011.



Fonte: Dados coletados na pesquisa.

*Referência do consumo de refeições pastosa preparada com farinha ou espessante;

** Referência ao consumo de refeições de sal de consistência sólida, em pedaços ou amassadas, e que se assemelham à alimentação dos adultos;

*** Referência ao consumo de refeições de sal semissólidas, com legumes;

**** Referência ao consumo de preparações de sal semissólidas, com carne.

d) Estado nutricional e morbidade

As Tabelas 5 e 6 apresentam os resultados sobre morbidade e estado nutricional da criança. Uma primeira análise dos dados mostra que a maioria das crianças apresentou peso adequado ao nascer, com registro de apenas 4 casos de Baixo Peso. Ainda com relação ao peso de nascimento é importante registrar o percentual de 11% das crianças estudadas que apresentaram peso ao nascer superior a 4,000 kg.

Estudos recentes tem revelado o crescimento da macrosomia ou peso elevado ao nascer entre recém-nascidos como uma consequência, dentre outros fatores, do elevado ganho de peso durante a gestação. Estudos também apontam a relação existente entre o excesso de peso ao nascer e o maior risco de apresentar um estado nutricional de obesidade ainda na infância, assim como de permanecer com o peso elevado na fase adulta (RODRIGUES, 2009; BRASIL, 2005).

No tocante ao estado nutricional observa-se com os resultados que mais de 50% das crianças apresentam estado nutricional inadequado ou risco para desnutrição ou obesidade. Entre as crianças cuiuteenses a obesidade se mostrou como um problema mais prevalente que a desnutrição, que acometeu 3,3% das crianças estudadas.

Tabela 5: Prevalência de peso ao nascer e estado nutricional de crianças menores de dois anos, zona urbana, Cuité, 2011.

Estado Nutricional	N	Percentual
Peso ao nascer		
Baixo peso ^a	4	3,4
Peso adequado ^b	101	85,6
Peso elevado ^c	13	11
Peso/Idade		
Desnutrição	4	3,3
Risco para desnutrição	11	9
Adequado	52	42,6
Risco para obesidade	30	24,6
Obesidade	25	20,5

a Baixo peso entre 1,5001 e 2,500 kg.

b Peso adequado entre 2,501 e 3,999 kg.

c Peso elevado maior que 4,000 kg.

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

A alta prevalência de obesidade e a aparente superação da desnutrição são duas características do processo de transição nutricional observado na população brasileira, que resultou em um novo padrão de morbidade representado pelo aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, decorrente especialmente, dentre muitos fatores, das mudanças no perfil alimentar da dieta do brasileiro, que nas últimas décadas incorporou um importante consumo de alimentos de alta densidade calórica e baixo valor nutricional (RODRIGUES, 2009).

Neste contexto, a análise dos níveis de desnutrição infantil no Brasil segundo o indicador peso para idade, aponta a diminuição do problema inclusive em regiões de risco, como o semiárido nordestino. Importa destacar que o quadro de desnutrição infantil é caracterizado pelo déficit de peso e pela presença de morbidades associadas como diarreia, infecções e deficiências nutricionais, o que ao longo da história foi relatado por diversos estudos como um processo de saúde-doença decorrente da condição de vulnerabilidade social (VIEIRA *et al.*, 2010).

Assim, Monteiro *et al* (2009), argumenta que o declínio da desnutrição é resultado da combinação entre o aumento do poder aquisitivo das famílias e uma forte expansão do acesso da população aos serviços públicos essenciais, como de educação e de saúde.

Desta forma, apesar da maioria das crianças apresentar peso adequado ou superior para idade, registra-se também um importante percentual de crianças acometidas por sinais e sintomas próprios de processos infecciosos e de deficiências nutricionais. Segundo dados apresentados na Tabela 6 mais de 50% destas apresentaram sinais e sintomas de morbidades respiratórias, como nariz escorrendo e tosse nos últimos 15 dias segundo relato da mãe, assim como, 17,9% e 15,5% apresentaram diarreia e febre, respectivamente.

Tabela 6: Sinais e sintomas de morbidades em crianças menores de dois anos, zona urbana Cuité, 2011.

Variável	N	Percentual
Diarreia / Fezes moles ou líquidas	Sim	15
	Não	69
Nariz escorrendo	Sim	48
	Não	36
Tosse	Sim	44
	Não	40
Cansaço/Falta de ar	Sim	14
	Não	70
Febre	Sim	13
	Não	71
Médico relatou alguma vez que teve anemia	Sim	11
	Não	71

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde da criança é considerada uma prioridade para a política nacional e internacional e, por muitos anos, o combate à desnutrição infantil ocupou um espaço privilegiado na agenda de ações do governo. Importa resgatar que em meados da década 60 as taxas de mortalidade infantil nas capitais do nordeste brasileiro alcançavam números alarmantes, por ano, mais de 200 crianças a cada 1000 que nasciam vivas chegavam a óbito.

Nesta época a mortalidade infantil era determinada pela pobreza, e pelas más condições de saneamento básico e de acesso à água que não colaboravam para a execução de práticas de higiene e de cuidado que protegessem a criança de infecções e parasitoses, que acabavam por desencadear a desnutrição.

Deste então o combate à mortalidade infantil se tornou uma prioridade para os governos e uma das primeiras iniciativas é datada da década de 60, quando o governo federal montou postos de

higiene infantil e puericultura para atendimento às mães e crianças com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vacinação e tratamento de crianças doentes.

A mortalidade infantil no Brasil reduziu ao longo dos anos, semelhantemente aos índices de desnutrição, este processo acompanhou a melhora da economia, da estruturação das cidades e dos serviços prestados no país. Entretanto, algumas regiões, como a do semiárido nordestino apresentam problemas endêmicos de carências nutricionais como a hipovitaminose A e anemia, expondo as crianças ao risco de déficits nutricionais.

No município de Cuité, que se localiza nesta região de risco, não se observou índices expressivos de desnutrição e este é um resultado positivo deste trabalho. Entretanto, considerando a insuficiente prática do aleitamento materno, a monotonia alimentar e os sinais e sintomas de morbidades revelados pelos resultados, argumenta-se que as crianças estudadas estão em risco nutricional.

Curiosamente, esta situação de risco pode se expressar também com o desenvolvimento de sobrepeso, o que agrega ao fator alimentação uma importante responsabilidade sobre o estado nutricional da criança. Na década de 90, o consumo de refeições a base de leite e espessantes, no caso farinhas, caracterizavam o padrão alimentar de grande parte das crianças brasileiras.

Estas preparações foram consideradas de risco para crianças por serem altamente diluídas, configurando assim uma refeição com reduzido aporte energético e proteico, sendo assim determinantes da desnutrição e das carências nutricionais na época.

A alimentação das crianças do município de Cuité também é caracterizada pelo consumo de mingaus e leites, porém, acredita-se que atualmente estas preparações são hipercalóricas, assim como observado para a alimentação dos adultos, conduzindo a um consumo excessivo de calorias, mas sem necessariamente ofertar um aporte proteico e de micronutrientes necessários à boa nutrição.

Esta hipótese pode ser sustentada considerando o aumento do poder aquisitivo das famílias nos últimos anos e a assistência atualmente prestada com programas de transferência de renda, que excetuando conceitos de qualidade e variedade da alimentação, acredita-se que garante o alimento na mesa do brasileiro, e conseqüentemente o possível consumo regular de alimentos pelas crianças protegendo contra o desenvolvimento da desnutrição.

Outra reflexão pode ser feita no tocante as diretrizes apontadas pelo governo sobre a introdução de alimentos complementares na dieta da criança, cuja recomendação é de que o esquema alimentar da criança com cerca de um ano de idade se assemelhe a alimentação consumida pela família.

Assim, considerando o padrão alimentar da população adulta brasileira e de Cuité, fortemente caracterizado pelo consumo de alimentos ricos em carboidratos simples e industrializado, argumenta-se que na ausência de uma abordagem integrada da promoção da alimentação saudável da criança e dos demais membros da família, a introdução de alimentos complementares configura-se como um risco para a saúde e nutrição da criança.

Desta forma, é importante ressaltar que as práticas em saúde dispensadas à criança e à família devem considerar o crescente problema da obesidade, com o objetivo de promover intervenções na perspectiva de formação de hábitos alimentares saudáveis, com a valorização e o incentivo ao aleitamento materno e a alimentação complementar oportuna e saudável.

Sendo assim, a abordagem da promoção da alimentação saudável enquanto prática familiar, contextualizada no espaço social de inserção da família, pode gerar meios para que a família melhor utilize o recurso existente no domicílio visando o pleno crescimento e desenvolvimento da criança. Sendo estas ações colaborativas para a prevenção tanto da obesidade quanto da desnutrição e demais carências nutricionais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação do Programa Bolsa-Alimentação: segunda fase** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 208 p.: il – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

CAMELO, R. S.; TAVARES, P. A.; SAIANI C. C. S. Alimentação, Nutrição e Saúde em Programas de Transferência de Renda: Evidências para o Programa Bolsa Família. **Revista Economia**. Brasília - DF, v.10, n.4, p.685 – 713, 2009.

ENGLE, P. L.; PURNIMA, M.; HADDAD, L. **Care and nutrition: concepts and measurement**. Washington (USA): Food Consumption and Nutrition Division, International Food Policy Research Institute. 1997.

GIUGLIANI, ERJ; VICTORA, CG. Alimentação complementar. **J. Pediatr.** (Rio j.), 2000; 76 (Supl. 3): S235-262.

LEITE, L *et al.* **Consenso Pelo Direito ao Parto Normal – Uma visão Partilhada**. Ordem dos enfermeiros, 2012.

MAHAN, L. K., ESCOTT-STUMP, S. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 11ª ed. São Paulo: Roca; 2005.

MATOS, S. M. A. [*et al.*] Padrões alimentares de crianças menores de cinco anos de idade residentes na capital e em municípios da Bahia, Brasil, 1996 e 1999/2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(1):44-54, jan, 2014.

MONTE, C. M. G., GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**. (Rio Janeiro.), Vol. 80, Nº5(supl), 2004.

MONTEIRO, CA. BENICIO, M HD. KONNO, SC. SILVA, ACF. LIMA, A L. CONDE, WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**. v. 43, n. 1, 2009, p. 35-43.

PALMEIRA, P. A., SANTOS, S. M. C., VIANNA, R. P. T. Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do semi-árido do Estado da Paraíba, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 553-563, 2011.

PINHEIRO, Arminda *et al.* **Pelo direito ao parto normal**: uma visão partilhada. [s. l.]: Tadinense artes gráficas, 2012. Documento de consenso – Ordem dos enfermeiros.

RODRIGUES, L. Obesidade infantil. In: ACCIOLY, E., DAUNDERS, C. LACERDA, E. M. **A Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 369 - 391.

CAPÍTULO 4

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: atenção à saúde e adesão ao tratamento por hipertensos do município de Cuité.

Cristiane Cosmo da Silva
Poliana de Araújo Palmeira
Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas como principal causa de morte em todo o mundo, tendo alcançado 63% dos óbitos totais no ano de 2008. Cerca de 80% das mortes por DCNT acontecem em países de baixa e média renda e um terço dessas mortes ocorre em indivíduos com idade inferior a 60 anos, revelando não apenas um importante indicador de qualidade de vida e de saúde, como também exercendo influência em questões econômicas e sociais, tendo em vista atingir uma faixa etária economicamente ativa e importante para o desenvolvimento da economia de um país (BRASIL, 2013a).

No Brasil as DCNT correspondem a 72% das causas de mortes e possuem maior prevalência em camadas mais pobres da população e grupos vulneráveis (BRASIL, 2011). A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis ao câncer, à diabetes, às doenças respiratórias crônicas e às doenças do aparelho circulatório.

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as doenças cardiovasculares ainda se apresentam como a principal causa de morte no Brasil, e é considerando este perfil de mortalidade que se insere a Hipertensão Arterial (HA), como um importante fator de risco para o desenvolvimento de morbidades desta natureza.

A HA é definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA \geq 140 x 90 mmHg) geralmente associados com alterações metabólicas, funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, va-

sos sanguíneos, encéfalo e rins), que contribuem com o aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Gomes *et al.*, (2008), também define HA como uma doença crônica não transmissível caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão arterial sistólica e/ou 90 mmHg de pressão arterial diastólica, em pelo menos duas aferições posteriores, obtidas em dias diferentes, em condições de repouso e ambiente tranquilo.

A prevalência de HA no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% entre indivíduos com mais de 70 anos de idade, sendo por isso reconhecida como um grave problema de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; NASCENTE *et al.*, 2010). Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, a HA é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Além disso, pesquisadores sugerem que déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também tem a HA em fases mais precoces da vida como fator de risco (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006). Essa multiplicidade de consequências coloca a HA na origem de muitas DCNT e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos.

No âmbito da política de saúde brasileira, a responsabilidade sobre o controle e a prevenção da HA e suas complicações é atribuída, sobretudo, à Atenção Básica (AB), mais precisamente à Estratégia Saúde da Família, a qual é constituída por equipes multiprofissionais e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, conduzindo o tratamento do hipertenso de forma a considerar a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos, com o objetivo de possibilitar uma melhor adesão ao tratamento e controle de comorbidades (BRASIL, 2013a).

O diagnóstico precoce da HA é necessário para evitar complicações cardiovasculares advindas do não controle dos níveis de pressão arterial, além disso, a abordagem aos fatores de risco, como, excesso de peso/obesidade, ingestão de sal e álcool, tabagismo e sedentarismo também é relevante para a prevenção de complicações e comorbidades. Vale destacar que o diagnóstico da HA não requer tecnologia sofisticada, além de que a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, que são comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (BRASIL, 2013a)

Mesmo assim, um dos maiores desafios enfrentados pela equipe de saúde da família diz respeito à abordagem dos fatores relacionados as modificações de estilo de vida, ou seja, o tratamento não medicamentoso, por se tratar de hábitos arraigados na vida do indivíduo portador de HA, ao tempo que se apresentam como fundamentais no processo terapêutico e de prevenção da hipertensão.

Hábitos relacionados à alimentação, prática de atividade física, abandono do tabagismo e redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

Sendo assim, considerando a alta prevalência e a dificuldade no controle da hipertensão arterial, e ainda, as complicações que a não adesão ao tratamento podem causar, tanto em nível individual quanto populacional, esta equipe de pesquisa decidiu dedicar um espaço para discutir aspectos relacionados à atenção à saúde do portador de hipertensão arterial acompanhado pela Estratégia Saúde da Família da zona urbana do município de Cuité.

Este capítulo abordará 4 dimensões de resultados, a saber: *Condições sócio-demográficas, econômicas e fatores constitucionais, Morbidade e fatores de risco, Atenção a saúde e adesão ao tratamento medicamentoso, e Estilo de vida e tratamento não medicamentoso.*

a) Condições sócio-demográficas, econômicas e fatores constitucionais do hipertenso

A Tabela 1 apresenta a análise das condições sócio-demográficas e econômicas dos portadores de hipertensão participantes da pesquisa. É possível identificar que a população estudada se caracteriza por apresentar idade maior de 60 anos (71,2%) e ser do sexo feminino (87,7%), como observado também em outros estudos (PIATI *et al.*, 2009; PEREIRA *et al.*, 2007).

Ao analisar a ocupação, por se tratar de uma amostra predominantemente de idosos verifica-se a alta prevalência de aposentados e pensionistas (74,9%). Outro fator importante para caracterização desta população é a escolaridade, visto que, pode ser observada uma maioria expressiva da população pesquisada com baixa ou sem escolaridade.

Um estudo realizado por Teixeira *et al.*(2006), com hipertensos acompanhados por unidade básica de saúde de Niterói-RJ destacou a importância da escolaridade no tratamento e no autocuidado do hipertenso com a doença, sendo verificada uma relação inversamente proporcional entre pressão arterial e escolaridade, indicando a tendência que os usuários com menor escolaridade apresentaram uma maior média de pressão arterial, quando comparados aos usuários com maior escolaridade.

Sendo assim, entende-se que a escolaridade pode contribuir com a falta de conhecimento para discernir e entender a gravidade da doença, e consequentemente para a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Com relação à renda é possível observar que a maioria da população está acima da linha da pobreza, dado este que é positivo. No entanto, é importante destacar que 22,9% dos hipertensos residem com famílias que estão abaixo da linha de pobreza, dado relevante considerando a existência de programas sociais, a exemplo do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Con-

tinuada, que integram um conjunto de políticas públicas para erradicação da pobreza, atualmente vigentes no país (BRASIL, 2010).

A maioria dos hipertensos pesquisados possui antecedentes familiares portadores de hipertensão (63,4%) o que dialoga com a literatura, onde já se está bem estabelecida a contribuição de fatores genéticos para o desenvolvimento da hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Além disso, foi encontrado que 69,1% dos hipertensos apresentam diagnóstico da doença há mais de cinco anos, ressaltando a natureza crônica desta patologia.

Tabela 1: Condições sócio-demográficas, econômica e fatores constitucionais de portadores de hipertensão cadastrados em Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Cuité, 2011.

Variáveis	Percentual	
Idade*	De 19 a 59 anos	28,7%
	Maior de 60 anos	71,2%
Sexo	Feminino	87,7%
	Masculino	12,3%
Ocupação	Aposentado/pensionista	74,9%
	Desempregado/dona de casa	12,8%
	Empregado/autônomo	12,3%
Escolaridade**	Média escolaridade	7,1%
	Baixa escolaridade	53,8%
	Sem escolaridade	39,1%
Renda***	Acima da linha da pobreza	77,1%
	Abaixo da linha da pobreza	22,9%
Hereditariedade	Antecedente com HA	63,4%
	Não possui antecedente	16,7%
	Não sabe informar	19,8%
Tempo que possui Hipertensão Arterial****	Menos de 5 anos	30,8%
	De 5 a 10 anos	35,0%
	Mais de 10 anos	34,1%

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

* 1 Dado perdido

** 2 Casos perdidos. Considerou-se para escolaridade as seguintes categorias: Baixa escolaridade (saber ler e escrever, ensino fundamental incompleto/completo) e média escolaridade (ensino médio incompleto/ completo e curso técnico/ superior)

*** 4 Casos perdidos. Considerou-se para renda abaixo da linha da pobreza, o valor mensal per capita inferior a 140 reais.

**** 13 Casos perdidos

b) Morbidade e fatores de risco

A Tabela 2 descreve a existência de morbidades associadas e alguns fatores de riscos observados nos hipertensos estudados do município de Cuité. Com relação à presença de Diabetes *mellitus* (DM), apesar do baixo percentual encontrado de portadores de hipertensão arterial que também apresentam Diabetes (22,8%), é válido destacar que se trata de um importante fator de risco para a mortalidade de um conjunto amplo de doenças, e assim, demanda estratégias de promoção da saúde, detecção de grupos de risco para intervenções preventivas e acompanhamento (SCHMIDT *et al.*, 2009).

Vale ressaltar que o Brasil passa por um processo de reorganização do acompanhamento do usuário da Atenção Básica, os registros feitos anteriormente no SIS-HIPERDIA (Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica) em relação aos portadores de hipertensão e diabetes, irão ser realizados pela Coleta de Dados Simplificada que é um dos componentes da estratégia e-SUS na Atenção Básica (BRASIL, 2013b).

Outra morbidade associada com a hipertensão e que acomete 45,3% da população estudada são as Dislipidemias (DLP's). As DLP's, também denominadas de hiperlipidemias e referem-se ao aumento dos lipídeos no sangue, principalmente do colesterol e dos triglicérides, sendo um fator de risco para a doença aterosclerótica que pode complicar ainda mais a saúde do indivíduo hipertenso, por diminuir o fluxo sanguíneo provocando aumento na pressão das paredes dos vasos e conseqüentemente aumento na pressão arterial (FERREIRA *et al.*, 2009; SOCA, 2009).

Analisando outros fatores de risco dos cuitenses hipertensos é possível observar uma importante prevalência de excesso de peso/obesidade, tanto em adultos (85,5%) quanto em idosos (49,7%), resultado importante para a tomada de decisões em nível municipal para implementação de estratégias que visem a redução destes índices.

Tabela 2: Morbidade associada e fatores de risco em hipertensos cadastrados em Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Cuité, 2011.

Variáveis	Percentual
Diabetes <i>mellitus</i> *	
Sim	22,8
Não	77,2
Dislipidemias**	
Sim	45,3
Não	54,7
IMC	
De 19 a 59 anos***	
Eutrófico	14,5
Sobrepeso	40,3
Obesidade	45,2
Maior que 60 anos****	
Sobrepeso/obesidade	49,7
Magreza	13,1
Eutrófico	37,3
RCQ	
Feminino	
Inadequado	92,7
Adequado(<0,8)	7,3
Masculino	
Inadequado	63,0
Adequado(<1,0)	37,0

* Informação referida pelo paciente

** 3 Casos perdidos

*** 8 Casos perdidos.

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Também é possível observar o excesso de peso dos pesquisados por meio do indicador Relação Cintura Quadril (RCQ), que para o sexo feminino, observa-se uma prevalência elevada de 92,7%, representando um alto risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares pelas mulheres hipertensas de Cuité.

O estudo realizado por Girotto *et al.*, (2009), também relatou uma alta prevalência de obesidade abdominal segundo o indicador RCQ entre mulheres hipertensas (87,9%), o que demonstra que este grupo está mais susceptível ao ganho e acúmulo de gordura por sua predisposição fisiológica e hormonal necessitando, assim, de estratégias específicas por parte da gestão local (ORSATTI *et al.*, 2008).

c) Atenção à saúde e adesão ao tratamento medicamentoso

Com relação à atenção a saúde e a adesão ao tratamento medicamentoso, observa-se que a Tabela 3 apresenta a relação de tempo de acompanhamento dos hipertensos pela Unidade de Saúde da Família (USF) e destaca-se que 45,5% dos hipertensos são acompanhados a menos de 5 anos, entre 5 e 10 anos 39,4% e a mais de 10 anos, 15,2%.

É possível observar que grande parte dos hipertensos iniciou o acompanhamento pela Estratégia Saúde da Família nos últimos 5 anos, possivelmente devido a melhor estruturação dos serviços de saúde e dos programas criados pelo Ministério da Saúde voltados aos portadores de hipertensão.

Em relação ao atendimento à saúde os portadores de hipertensão afirmam que é fácil conseguir uma consulta na USF (74,8%). Sobre o acesso, no que diz respeito à estrutura física da unidade, 35,7% dos hipertensos julgam ser difícil o acesso à unidade, 83,8% relatam a grande distância a pé e 75,8% a necessidade de acompanhante.

Mesmo sendo fácil conseguir uma consulta, essas objeções limitam os hipertensos a procurarem o atendimento à saúde, configurando entraves para o monitoramento e possíveis intervenções no quadro patológico. Ao serem questionados sobre o atendimento domiciliar, 76,5% afirmaram receber visitas de profissionais de saúde no seu domicílio, principalmente do Agente Comunitário de Saúde (98,2%) e do médico (65%).

No tocante ao número de consultas realizadas a maioria dos hipertensos pesquisados refere deslocar-se à USF *mais de uma vez por mês* ou *uma vez por mês* (40,8%) para realização do acompanhamento de saúde, assim como, verificam a pressão arterial mensalmente.

A grande maioria dos portadores de hipertensão afirma ir com essa regularidade a USF de forma espontânea (75,9%), ou

seja, sem a solicitação de um profissional de saúde. A espontaneidade apresentada pelos hipertensos cuiteenses pode indicar uma necessidade de adequação de estratégia no que diz respeito ao vínculo com o serviço de saúde, pois a falta deste pode representar um risco para o processo de monitoramento da morbidade e continuidade do tratamento.

Com relação às ações educativas como palestras e oficinas promovidas pela USF, muitos dos hipertensos mencionam não terem sido convocados a participar (32,1%) e 24,9% foram convocados, mas não participaram e apenas 29,0% dos portadores de hipertensão participaram mais de uma vez de alguma ação educativa dentro da USF.

Com referência aos medicamentos para hipertensão disponíveis para o tratamento na USF, menos de 50% dos hipertensos relatam conseguir toda a medicação prescrita, dentre os hipertensos que conseguem em parte ou não conseguem os medicamentos, estes preferem comprar a medicação (99,5%) e/ou ficam sem tomar até conseguir gratuitamente na USF adscrita (42,1%).

Além da dificuldade de acesso à medicação é observado também por meio do teste Morisky & Green que a maioria expressiva dos hipertensos desta amostra não é aderente ao tratamento (78,9%).

Ao analisar as questões individualmente, os maiores percentuais que indicam atitudes negativas frente à adesão ao tratamento são observados nas questões: “*Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio?*” (61,2% refere que sim) e “*Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?*” (54,6% refere que sim). Com relação às atitudes positivas, referente ao uso dos medicamentos, 84,1% dos hipertensos responderam não a questão “*Quando você se sente bem, alguma vez, deixa de tomar seu remédio?*” e 75,7% a questão “*Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?*”.

Neste estudo a prevalência de hipertensos não aderentes corroborou com os resultados observados no estudo realizado por

Strelecet *et al.*, (2003), em São Paulo-SP, no qual a porcentagem de não aderentes foi de 77%. Usuários com maior adesão ao tratamento farmacológico apresentam menores níveis tensionais e maiores reduções da pressão arterial (PEREIRA *et al.*, 2007). Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), o “objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade por doenças cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais e, se possível, a taxa de mortalidade”.

Tabela 3 - Atenção a saúde e adesão ao tratamento medicamentoso de hipertensos cadastrados em Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Cuité, 2011.

Variáveis	Percentual	
Tempo de acompanhamento pelo USF	Menos de 5 anos	45,5
	Entre 5 e 10 anos	39,4
	Mais de 10 anos	15,2
Periodicidade das consultas	Mais de uma vez no mês/uma vez por mês	40,8
	De 2 em 2 meses/ de 3 em 3 meses	39,7
	De 6 em 6 meses/ 1vez por ano	19,6
Motivo para ir ao USF	Espontâneo	75,9
	Algum profissional solicita	24,1
Periodicidade de verificação da pressão	Uma vez por semana/duas vezes por mês	34,8
	Uma vez por mês	36,7
	Uma vez a cada 2 meses	10,4
	Uma vez a cada 3 meses/ 6 meses/ não verifica	18,1
Acesso à medicação no USF	Consegue todos os medicamentos prescritos	44,6
	Consegue em parte os medicamentos prescritos	23,2
	Não consegue os medicamentos prescritos	32,1
Teste de Morisky e Green³	Aderente	21,1
	Não aderente	78,9

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

3 O Teste de Morisky & Green (1986), que é formado pelas questões: 1) você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio? 2) você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? 3) quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o remédio? 4) quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo? Que conforme o protocolo, considera-se aderente ao tratamento o usuário que obtém pontuação de 4 pontos e não aderente o que obtém 3 pontos ou menos.

d) Estilo de vida e tratamento não medicamentoso

Com relação à adesão ao tratamento não medicamentoso 68,6% dos entrevistados referem facilidade para seguir as recomendações de tratamento voltadas à mudança no estilo de vida, a exemplo de perder peso, diminuir o consumo de sal e álcool, e parar de fumar.

Quando questionados sobre a facilidade de seguir as recomendações específicas para o tratamento, dentre as recomendações mais citadas estão diminuir o sal (96,5%), seguida de tomar a medicação anti-hipertensiva (96,5%) e a menos citada foi perder peso (16,7%).

A Tabela 4 apresenta as análises da avaliação em relação às atitudes frente ao tratamento não medicamentoso da hipertensão de usuários das USF da zona urbana de Cuité. Foi possível observar que 58,4% dos hipertensos mencionam ter recebido orientações quanto à redução do peso corporal, e que 68,5% não conseguiram atingir o peso desejado ou não reduziram o peso. De acordo com Zaitune *et al.*, (2006), para cada quilo perdido há uma diminuição de um milímetro de mercúrio na pressão arterial, o que ressalta a necessidade de adesão ao tratamento não medicamentoso e de formulação de novas estratégias para intervenção na redução do peso, visto a dificuldade para adesão a este tratamento relatada pelos entrevistados.

Para que haja a redução do peso é preciso que a prática de atividade física esteja associada com a mudança de hábitos alimentares. Assim, um dos fatores que possivelmente contribui para a não redução do peso é o sedentarismo, visto que, apenas 30,6% dos entrevistados informaram realizar atividade física regularmente mais de 3 vezes por semana com duração de 30 minutos. Sendo que a maioria 69,3% recebeu orientação para praticar atividade física. Este resultado revela um hiato entre a orientação fornecida pelo profissional de saúde e a efetiva adoção do hábito pelo hiper-

tenso, demonstrando a necessidade de intervenção no sentido de aproximar a recomendação à adesão.

Estudos têm demonstrado os efeitos benéficos da prática de atividade física sobre a hipertensão arterial em todas as idades. A atividade física está aliada a menores níveis pressóricos em repouso, diminuindo a pressão arterial sistólica e diastólica em pessoas hipertensas e normotensas. Atenuações de 2mmHg na pressão diastólica podem reduzir consideravelmente o risco de morbidades e mortalidades relacionadas à hipertensão. (CIOLAC & GUIMARÃES, 2004).

Considerando a análise realizada anteriormente a respeito dos indicadores IMC e RCQ, a alta prevalência de sobrepeso/obesidade pode estar relacionada a não adoção de hábitos alimentares saudáveis e ao sedentarismo, ou seja, a não adoção de um estilo de vida saudável.

Cabe destacar que a probabilidade de desenvolver hipertensão é seis vezes maior no indivíduo obeso quando comparado ao indivíduo que apresenta peso adequado para sua idade e altura, portanto, de acordo com Serafim *et al.*, (2010), para cada acréscimo de 10% de gordura corporal ocorre uma elevação na pressão arterial sistólica, em torno de 6 mmHg, e na diastólica de 4 mmHg. Assim, padrões de estilo de vida não saudável colocam a população em maior risco para as complicações das doenças crônicas, como relatado no estudo realizado por (MARTINS *et al.*, 2010).

No tocante ao consumo de sal, 91,2 % dos hipertensos mencionaram ter recibo informações sobre a necessidade de redução do mesmo e 58,3% reduziram o sal da dieta ou fazem alimentação separada. Como é sabido, a HA está diretamente relacionada ao consumo excessivo de sódio, sendo assim, reduções na ingestão produzem benefícios à saúde do hipertenso. A dieta habitual contém de 10 a 12 g/dia de sal.

O recomendado e o saudável é ingerir até 6 g de sal por dia (100 mmol ou 2,4 g/dia de sódio), correspondente a quatro colheres de café (4 g) rasas de sal adicionadas aos alimentos, que

contém 2 g de sal. A relação entre pressão arterial e a quantidade de sódio ingerida é heterogênea, dependendo da sensibilidade que cada indivíduo apresenta.

Porém o indivíduo hipertenso que reduz a ingestão de sódio para não mais de 2 g, apresenta benefícios como redução na pressão arterial sistólica de 2mmHg a 8mmHg, proporcionando consequentemente o controle da pressão e possíveis complicações cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Uma dieta variada e equilibrada diminui os riscos de complicações e internações. Pesquisas recentes sugerem o efeito complexo da ingestão de frutas e hortaliças no controle das doenças cardiovasculares e de outras morbidades. Destacando os micronutrientes como minerais e as vitaminas, fibras alimentares, antioxidantes e fitoquímico que protegem o organismo contra o envelhecimento precoce, aterosclerose e as DCNT (MARTINS *et al.*, 2010). Neste estudo 78,8% dos hipertensos cuiuteenses mencionaram receber orientações para consumir frutas, legumes e verduras, mesmo assim mais da metade dos hipertensos, 64,9%, apresentam um consumo insatisfatório desses alimentos, atribuindo o motivo ao fato de não gostar de consumi-los.

No que diz respeito ao álcool, segundo Teixeira *et al.*, (2006), o aumento das taxas de álcool no sangue eleva a pressão arterial de modo lento e progressivo, na proporção de 2mmHg para cada 30 mL de álcool etílico ingeridos diariamente, sendo que, quando o consumo é suspenso, estas cifras se revertem.

Nesta pesquisa os dados referentes ao consumo das bebidas alcoólicas mostram-se satisfatórios, visto que 94,1% referem não beber ou ingerir álcool raramente em quantidades menores.

No tocante ao tabagismo, os dados revelam que a maioria dos hipertensos (58,5%) não recebeu orientações para deixar de fumar e mesmo diante da falta da orientação mais da metade, 64,7%, abandonaram o hábito, revelando que o conhecimento so-

bre a influência negativa do cigarro nas condições de saúde já estão bem disseminadas.

A nicotina presente no fumo contribui para a instalação de complicações da hipertensão, esta substância eleva o risco de aumento na frequência cardíaca, na contração do coração, vasoconstricção coronária e leva conseqüentemente ao aumento da pressão arterial. (CUNHA *et al.*, 2007).

Tabela 4: Adesão ao tratamento não medicamentoso recomendado para hipertensos cadastrados em Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Cuité, 2011.

Variáveis	Percentual
Orientação para redução do peso	
Sim	58,4
Não	41,6
Redução do peso	
Sim, e atingiu o peso desejado	31,5
Sim, mas não atingiu o peso desejado/Não	68,5
Orientação para redução do consumo de sal	
Sim	91,2
Não	8,8
Redução do consumo de sal	
Reduziu o sal da dieta/ alimentação é feita separada	58,3
Reduziu pouco o sal da dieta/ Não reduziu	41,7
Recebeu orientação para o consumo de frutas, verduras e legumes	
Sim	78,8
Não	21,2
Aumento do consumo de frutas, verduras e legumes	
Sim, se alimenta várias vezes ao dia	35,1
Sim, come pouco/ Não	64,9
Orientação para realizar prática de atividade física	
Sim	69,3
Não	30,7
Prática de atividade física regular*	
Sim	30,6
Não	69,7

*Considerou-se como atividade física regular a pratica de 30 a 40 minutos, 3 a 5 vezes por semana.
Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Os hipertensos pesquisados mostraram dificuldade de aderência ao tratamento não medicamentoso principalmente para a redução do peso, aumento da ingestão de frutas, verduras e legumes e prática de atividade física.

Segundo os estudos de Santos *et al.*,(2005) e Figueiredo &

Asakura (2010), a aderência ao tratamento não medicamentoso reflete em mudança de hábito de vida e para que haja esta mudança é preciso compromisso por parte de todos os envolvidos, ou seja, pelos hipertensos por serem os portadores da doença crônica, da família por serem as pessoas mais próximas do convívio do hipertenso e quando a adesão ocorre por todas as pessoas da família ela é mais eficaz e duradora, e por fim, do profissional de saúde pelo processo de ensino-aprendizagem na promoção e manutenção da saúde do hipertenso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O serviço de saúde tem uma responsabilidade fundamental na adesão ao tratamento, especialmente em contextos de risco social, visto que, por meio de um processo de atendimento adequado e da assistência farmacêutica é possível simplificar o esquema terapêutico indicado ao paciente e viabilizar o acesso à medicação necessária, contribuindo para o investimento da renda familiar em outras necessidades essenciais para a melhora na qualidade de vida e para a adoção de um estilo de vida saudável. Além disso, ao dialogar com comunidades com déficits educacionais, a criação de vínculos de confiança entre profissionais de saúde e usuários e a longitudinalidade do cuidado são necessários para o empoderamento do hipertenso sobre o autocuidado.

A dificuldade de estabelecer um vínculo entre usuário e profissionais de saúde pode desencadear a falta de confiança que ocasiona a desmotivação para aderir às recomendações medicamentosa e principalmente não-medicamentosa, revelada com os dados. Assim, ressalta-se a necessidade de repensar as práticas de saúde na perspectiva de um atendimento à saúde contextualizado na realidade do indivíduo, da sua família e da comunidade na qual convive, priorizando a realização de atividades preventivas, que adotem a abordagem

de grupos, como estratégia para incentivar a adoção de um estilo de vida saudável e que promova o controle da hipertensão arterial.

Desta forma, este capítulo não pretende trazer respostas imediatas para os desafios encontrados, mas propõe uma reflexão e convida o leitor a pensar nos seguintes questionamentos: *Como realizar a intervenção com indivíduos hipertensos, especialmente em territórios de vulnerabilidade? E Quais estratégias podem ser utilizadas para proporcionar uma melhor adesão ao tratamento da hipertensão arterial e ao controle da doença?*

REFERÊNCIAS

BRASIL. Fome zero: uma história brasileira. – Brasília, DF: MDS. Assessoria Fome Zero, v.1, 2010.

_____. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

_____. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.128 p.

_____. Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS [recurso eletrônico],Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

CIOLAC, E. G.; GUIMARÃES, G. V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Rev.Bras.MedEsporte** .Vol. 10, Nº 4 – Jul/Ago, 2004.

CUNHA, G. H.; JORGE, A. R. C.; FONTELES, M. M. F. Nicotina e tabagismo. **Revista Eletrônica Pesquisa Médica**. V. 1 n. 4 – Out - Dez 2007.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FERREIRA, S. R. G; MOURA. E. C.; MALTA, D. C.; SARNO, F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados:Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, 2009.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paul Enferm**, 2010.

GIROTTO. E.; ANDRADE. S. M.; CABRERA M. A. S. Prevalência de Obesidade Abdominal em Hipertensos Cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, 2009.

GOMES, J. G.; SEY FFARTH, A. S.; NASCIMENTO, M. A. B. Adequação da dieta de hipertensos em relação à Abordagem Dietética para Hipertensão Arterial. **Com. Ciências Saúde**. 2008.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. **Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC.** Porto Alegre: [s.n.], 2009.

MARTINS, M. P. S. C.; GOMES, A. L. M.; MARTINS, M. C. C. Consumo Alimentar, Pressão Arterial e Controle Metabólico em Idosos Diabéticos Hipertensos. **Rev.Bras.Cardiol.** 2010.

NASCENTE, F. M. N.; JARDIM, P. C. B. V.; PEIXOTO, M. R. G.; e *et al.* Hipertensão Arterial e sua Correlação com alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. **Arq.Bras.Cardiol.** 2010.

ORSATTI, F. L.; NAHAS, E. A. P.; NAHAS-NETO, J.; e *et al.* Indicadores antropométricos e as doenças crônicas não transmissíveis em mulheres na pós-menopausa da região Sudeste do Brasil. **RevBrasGinecol Obstet.** 2008.

PEREIRA, M. R.; COUTINHO, M. S. S. A.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E.; BERNARDI, A.; HASS, R. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10):2363-2374, out, 2007.

PIATI, J.; FELICETTI, C. R.; LOPES, A. C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. **RevBrasHipertens** vol.16(2):123-129, 2009. SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M. A.; CRUZ, D. M.; HOLANDA, S. D. O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm**, 2005.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; HOFFMANN, J. F.; *et al.* Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, 2009.

SERAFIM, T. S.; JESUS, E. S.; PIERIN, A. M. G. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. **Acta Paul Enferm** 2010.

SOCA, P. E. M. **Dislipidemias.** ACIMED. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. ArqBrasCardiol, 2007.

_____. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, V. 17, N. 1, jan-mar 2010.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION-JR, D. A Influência do Conhecimento sobre a Doença e a Atitude Frente à Tomada dos Remédios no Controle da Hipertensão Arterial. **ArqBrasCardiol**, volume 81 (nº 4), 343-8, 2003

TEIXEIRA. E. R.; LAMAS. A. R.; SILVA. J. C.; MATOS. R. M. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial o cuidado com a saúde. **Esc Anna Nery R Enferm**, 2006.

CAPÍTULO 5

TRANSFERÊNCIA DE RENDA:

impacto e avaliação segundo titulares de direito do Programa Bolsa Família do município de Cuité

Ana Beatriz Macêdo Venâncio dos Santos
Poliana de Araújo Palmeira

Como relatado no capítulo introdutório deste livro a pesquisa SANCUITÉ incluiu em seu questionário informações referentes ao Programa Bolsa Família (PBF) e considerando a magnitude do programa no município e também a repercussão que o mesmo tem nacional e internacionalmente, os autores desta obra decidiram construir um capítulo exclusivo sobre o programa o qual abordará um pouco da história do PBF e seu impacto para os cuitenses, a partir de uma breve contextualização dos programas sociais e da exposição dos dados apreendidos na pesquisa de campo.

Para compreender as ações e os resultados do PBF se faz necessário retomar um pouco do histórico das Políticas Sociais no Brasil, a começar por uma definição que aponte o que ela é e com que se relaciona.

Para isto, Werneck Vianna (2002) expressa em linhas gerais que a Política Social é entendida como uma modalidade de ação governamental com objetivos específicos relacionados à seguridade social, baseada nos direitos de cidadania do artº. 194 da Constituição de 1988 que define que para a garantia esta seguridade é necessário que exista um conjunto de ações governamentais e da sociedade destinadas a assegurar os direitos de todos relativos à Saúde, à Previdência e à Assistência Social (BRASIL, 1988).

Entretanto, a partir desta perspectiva de direito de todos, verificou-se que o modelo inicial de proteção social adotado no Brasil

se mostrou excludente, tendo em vista que as ações eram direcionadas aos trabalhadores que se submetiam a contribuir com o Estado, e também fragmentado por funcionar de maneira desarticulada de outras ações relacionadas com a seguridade social (VIANNA, 2002).

Além disso, as ações direcionadas à população não contribuinte apresentavam um caráter de recompensa, ou favor, não oferecendo resolutividade às formas de exclusão social, o que marca o clientelismo na história da política social no Brasil, ou seja, a ação do governo tinha o objetivo muito maior de conter as massas do que de fato arcar com a responsabilidade de promover ações que cubram, reduzam e previnam situações de risco e vulnerabilidade social.

Contudo, na década de 90 com a nova constituinte brasileira, ocorreram mudanças decorrentes das relações entre Estado e comunidade a partir do processo de redemocratização do Brasil que incentivou a participação e o controle social, bem como com o alcance da fome e da pobreza à agenda política, surgem os programas de renda mínima em forma de imposto negativo voltado para famílias com escolares inseridos na educação pública (SCHOTTZ, 2005).

Ainda na tentativa de contribuir para a superação da fome, surge outro modelo de intervenção largamente utilizado pelo governo brasileiro que é a distribuição de alimentos, o que facilitou o acesso imediato das famílias ao alimento e a distribuição de estoques de alimentos governamentais. Todavia, devido o seu próprio desenho operacional, o modelo de distribuição de alimentos apresentou alguns pontos negativos a exemplo do não incentivo à produção local, tendo em vista que os alimentos doados eram oriundos do estoque governamental adquirido por meio de contratos com grandes indústrias. Outra fragilidade significativa foi a privação da autonomia das famílias no tocante a escolha dos alimentos a serem consumidos, de modo que não respeitava a cultura nem a necessidade familiar (BURLANDY, 2003).

Para a superação destas lacunas nasceu um novo modelo de intervenção denominado transferência monetária de renda que, em 2001, deu origem ao Programa Bolsa Alimentação vinculado ao Ministério da Saúde. A partir deste momento as famílias recebiam o repasse financeiro para ser investido na compra de alimentos, o que lhes proporcionava poder de decisão na escolha dos produtos e o fortalecimento da economia local, uma vez que as compras eram realizadas nos próprios comércios dos bairros e municípios (BURLANDY, 2003).

Além do Programa Bolsa Alimentação foram desenvolvidos outros programas de transferência monetária de renda como o Cupom Alimentação/MESA, o Bolsa Escola/MEC e o Auxílio Gás/Ministério das Minas e Energia. Contudo, a execução destes ocorreu desarticuladamente por diferentes ministérios, pulverizando os recursos e comprometendo o monitoramento, a avaliação e a cobertura, o que exigiu novas estratégias governamentais (SILVA, 2006).

Em virtude disso e considerando a nova estratégia do governo para desenvolvimento econômico e Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), lançou-se o Programa Fome Zero (PFZ), o qual deu início ao processo de unificação dos programas de transferência de renda existentes na época, originando o Programa Bolsa Família (PBF), que desde 2004 está vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (BRANCO, 2013; SCHOTTZ, 2005).

O PFZ reconheceu a necessidade de conjugar políticas estruturais e emergenciais para o alcance do seu objetivo que foi implementar as bases para uma Política de SAN. Em concordância, é válido ressaltar que alguns estudiosos da área de políticas públicas defendem que no que se refere às intervenções diante da Insegurança Alimentar e Nutricional (IA) a natureza das políticas e programas propostos para efetivação de objetivos e princípios da SAN deve ser considerada nas escolhas governamentais, de modo que respeitem o caráter emergencial de alguns casos, como forma de

proporcionar acesso imediato ao alimento para grupos em situação de risco para IA, em paralelo com a necessidade de ações estruturais que promovam alternativas e caminhos para a autonomia alimentar destes grupos (ROSANA; BURLANDY; FROZI, 2013).

No que diz respeito ao PBF, este é um programa de Transferência Condicionada de Renda (TCR) para famílias pobres (renda mensal per capita entre R\$77,01 e R\$154,00) e extremamente pobres (renda mensal per capita de até R\$ 77). Seu objetivo é promover a inclusão social das famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, a partir da articulação de três dimensões:

- a) alívio imediato da pobreza por meio da transferência direta de renda;
- b) promoção do acesso aos direitos sociais básicos aos cidadãos a partir da fixação de uma agenda de compromissos associado à saúde e à educação;
- c) a priorização dos titulares de direito em políticas e programas intersetoriais oferecidos pelo poder público

Neste caso o titular de direito do programa deve cumprir algumas condicionalidades para o recebimento da renda, tais como: participar do acompanhamento da saúde e do estado nutricional, matricular todas as crianças da família de idade escolar no ensino fundamental e garantir sua frequência às aulas, além de participar de ações de educação alimentar oferecidas pelo governo em qualquer esfera (BRANCO, 2013; SCHOTTZ, 2005).

Referente ao benefício, o mesmo pode variar de acordo com o perfil da família registrada no Cadastro Único a partir de informações de renda mensal per capita, número de integrantes da família, número de crianças e adolescentes (até 17 anos), bem como a presença de gestante. Existe alguns tipos de benefícios como:

- Básico de R\$77,00 – repasse para famílias em extrema pobreza;
- Variável de R\$0 a R\$15,00 - repasse de R\$ 35,00 às famí-

lias com crianças/adolescentes de 0 a 15 anos;

- Variável gestante - repasse consecutivo por nove meses no valor de R\$ 35,00 às famílias que contenham gestante;

- Variável nutriz – repasse às famílias com crianças entre 0 e 6 meses, com seis parcelas consecutivas de R\$35,00 reais;

- Variável vinculado ao adolescente – repasse de R\$42,00 às famílias com adolescentes de 16 ou 17 anos.

É válido destacar que estes benefícios variáveis tem limite de cinco por família. Além destes citados, há o Benefício para Superação da Extrema Pobreza que é calculado caso a caso, o qual é destinado às famílias que continuam em situação de extrema pobreza, apesar do recebimento dos outros benefícios. Sendo pago um complemento para que estas ultrapassem o limite da extrema pobreza, ou seja, renda total de R\$77,00 mensais per capita (BRASIL, 2014b).

Apesar de todo este investimento na transferência direta de renda, o Bolsa Família não se resume a isto, uma vez que o mesmo deve contar com programas complementares que promovam às famílias oportunidades e condições para superar a pobreza de forma sustentável, a exemplo de programas para alfabetização e aumento da escolaridade, inserção profissional, construção ou reforma habitacional, formação de microempreendimentos, entre outros.

De modo que esta estratégia abrange diversas áreas como educação, trabalho, cultura, microcrédito, capacitação e melhoria das condições habitacionais, sendo de fundamental importância a articulação da gestão do PBF com outros setores do governo (BRASIL, 2014c).

Este mesclado de ações tem conduzido o Bolsa Família a resultados positivos sobre alguns fatores associados à pobreza, como por exemplo: rendimento escolar, saúde infantil, geração de renda e acesso aos alimentos.

Atuação esta reconhecida internacionalmente recentemente com o I Prêmio para Desempenho Extraordinário em Seguridade

Social (Award for Outstanding Achievement in Social Security) que avaliou o êxito no combate à pobreza e na promoção dos direitos sociais da população em diferentes países. O PBF foi o melhor avaliado segundo os critérios: compromisso político extraordinário, habilidade de implementação e disponibilidade de avaliação de impacto (BRASIL, 2013).

Nesta direção, na ciência de que as políticas, os programas e as ações governamentais necessitam de avaliação e monitoramento para que sejam aprimorados e tornem-se mais coerentes e eficazes na superação dos problemas enfrentados pela sociedade, e ainda, de que o PBF é fruto de um avanço da política que está em constante aperfeiçoamento devido às novas demandas apresentadas a partir da inclusão dos direitos humanos nas legislações brasileiras, é que se justifica a necessidade e o valor dos estudos que abordam o reflexo e a execução deste programa.

Desta forma, já tendo contemplado neste capítulo um breve resgate histórico que resultou no PBF, o tópico a seguir vem expor os resultados específicos sobre este programa coletados na pesquisa SANCUITÉ realizada no município de Cuité-PB, em 2011.

a) Programa Bolsa Família em Cuité-PB

A análise do PBF no município de Cuité foi realizada considerando os seguintes aspectos: *participação dos entrevistados no programa, gerenciamento da renda recebida, impacto para a família beneficiada e avaliação dos titulares* sobre o programa. Segundo o Relatório de Informações Sociais do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o município de Cuité tem 4.889 famílias cadastradas no Cadastro Único, sendo 3.379 participantes do PBF (BRASIL, 2014d).

Tratando inicialmente da *participação dos cidadãos* no Bolsa Família 47,1% das famílias que participaram da pesquisa declarou

ser titular de direito do PBF e ainda, destes, 98,2% afirmou receber o benefício regularmente. Ao analisar a renda das famílias pesquisadas, sem contabilizar o benefício do Programa, verificou-se valores entre R\$ 0 a R\$ 533 per capita, com uma média de R\$ 100,80.

Os titulares do benefício afirmaram receber valores que variam entre R\$32,00 a R\$369,00, resultando em uma média de R\$ 167 de transferência direta de renda por família. Adicionados os repasses do PBF a renda mensal per capita das famílias pesquisadas passou a variar entre R\$ 14,89 a R\$ 557,33, e a média aumentou para R\$130,65.

Sabendo que este benefício necessita de *gerenciamento da renda* dentro da família, a lei de criação do Bolsa Família dispôs em seu artigo 2 que o benefício deve ser repassado às mulheres, preferencialmente. No município de Cuité ocorre de modo semelhante no qual a responsabilidade com o benefício é assumida em sua maioria por mulheres (90,8%) de acordo com os dados coletados na pesquisa. Segundo Branco (2013), esta ação reafirma a vinculação da mulher ao papel de chefe do domicílio, e traz sobre ela responsabilidades ainda maiores quanto ao gerenciamento financeiro e ao cumprimento das condicionalidades, sendo esta uma ação intencional da gerência do PBF que visa auxiliar no desenvolvimento da autonomia e no exercício da cidadania destas mulheres.

Quanto ao investimento do benefício recebido o mesmo não é direcionado nem restringido pelo programa, sendo sua utilização de total responsabilidade dos titulares para que assim seja estimulada a autonomia cidadã das famílias (BRASIL, 2014e). Deste modo, na pesquisa de campo os entrevistados foram lembrados que o dinheiro pode ser gasto com o que a família julgar melhor e, em seguida, cada família elencou os três itens principais nos quais é investido o benefício, cujos resultados estão dispostos na Tabela 1.

Tabela 1. Investimento da renda recebida pelos titulares de direito do Programa Bolsa Família, Cuité, 2011.

Itens de investimento	Percentual
Alimentos	98,8
Roupas/Calçados	62,6
Água/Luz/Gás	51,5
Remédio	35,3
Material Escolar	34,7
Material de Limpeza	7,2
Atividades de Lazer	1,5
Transporte	1

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Ainda sobre o benefício, os entrevistados foram questionados sobre por quanto tempo estão seguros de que receberão o dinheiro e, expressando o não reconhecimento da forma de atuação do programa como estratégia para a garantia do direito por parte dos cidadãos assistidos, os maiores percentuais apresentados como resultados foram de 69,9%, para os que não sabiam ou não quiseram responder, e 21,2% para os que afirmaram que receberão até aposentar-se. Este dado corrobora com outro dado informativo de que apenas 22,9% dos entrevistados reconhece o benefício como um **direito**, enquanto 75,9% enxerga o Programa como uma **ajuda** governamental.

No que diz respeito ao *impacto do programa* para as famílias titulares de direito, os entrevistados foram questionados sobre a influência deste no modo de vida de suas famílias e alguns responderam que a renda familiar total, ou seja, a que inclui o benefício do PBF, permite que mais da metade das famílias entrevistadas levem a vida com “alguma dificuldade” (54,8%).

Entretanto, apesar de 19,6% não afirmarem dificuldade, 25% ainda declarou viver com muita dificuldade, o que reforça a necessidade de ações complementares à transferência de renda para emancipação destas famílias. Além disso, também se consi-

derou válido o impacto do PBF sobre o poder de compra dos titulares de direito do programa, uma vez que 90,4% dos entrevistados assegurou aumento no crédito da família.

Nesta perspectiva de conhecer os possíveis benefícios do programa no tocante ao combate à fome foi questionado, especificamente, sobre o impacto do PBF na alimentação das famílias contempladas e observou-se que 81,2% dos entrevistados consideraram que a alimentação da sua família melhorou ou melhorou muito após o recebimento do benefício, além disso, também foram registrados progressos na quantidade e variedade dos alimentos, como apresenta na Tabela 2.

Tabela 2. Impacto do Programa Bolsa Família na alimentação das famílias, Cuité, 2011.

	Quantidade de alimentos	Variedade de alimentos
Sim	84%	73%
Não	14%	25,80%
Não sabe/ Não espondeu	1,20%	1,20%

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Como conclusão do questionário sobre o Bolsa Família, após todos estes questionamentos mais específicos, os entrevistados foram convidados a fazer uma *avaliação do programa*, de modo geral, o que resultou em 95,3% de declarações que o PBF é ótimo e bom, não havendo nenhum registro de respostas para ruim/péssimo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das informações e discussões apresentadas neste capítulo é possível realizar algumas reflexões referentes ao alcance dos objetivos do PBF no município de Cuité. Neste sentido, quando observadas as declarações sobre a renda familiar vê-se

claramente a relevância do benefício do programa para o incremento da renda mensal familiar, de modo que as famílias que não possuíam renda alguma passaram a ter uma renda mínima que viabilize, pelo menos, o acesso ao alimento.

Além disso, as avaliações dos titulares a respeito do PBF, afirmando majoritariamente os benefícios do mesmo para suas famílias, apontam para o alcance dos objetivos do programa no município de Cuité-PB, muito embora as famílias ainda enfrentem dificuldades e por isso seja necessário o desenvolvimento de mais ações que favoreçam a melhoria da qualidade de vida da população em vulnerabilidade.

No tocante ao investimento desta renda, apesar da não obrigatoriedade, um dos principais investimentos do benefício recebido pelos titulares é a alimentação, o que reflete a necessidade das famílias quanto ao acesso ao alimento e retoma a situação de Insegurança Alimentar e Nutricional encontrada no município.

Gastos com roupas/calçados, água/luz/gás, material de higiene pessoal, atividades de lazer e transporte também foram relatados e são completamente aceitos e compreendidos quando se enxerga o programa como uma política de direitos que, além da garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada, inclui o acesso a direitos básicos dos cidadãos que visam assegurar a dignidade humana.

A garantia de direitos também depende de ações intersetoriais e dialogadas que ofertem ao cidadão condições melhores de vida. O significativo percentual de famílias que investem o benefício na compra de medicamentos ressalta esta necessidade, uma vez que este gasto pode ser evitado a partir do desenvolvimento de políticas e ações de saúde eficazes quanto à prevenção de doenças e promoção da saúde, bem como pela existência de uma política de saúde que acolha, no princípio da equidade, a população vulnerável no que diz respeito ao tratamento e a reabilitação, inclusive no acesso à medicação.

Diversas discussões sobre a gestão do PBF podem ser pontuadas aqui, estas não são exclusivas do município de Cuité e sim reflexo de um histórico político do país, em especial nos municípios de pequeno porte. A gestão de um programa e/ou de qualquer política governamental, apesar de atrelada ao governo, depende da atuação da sociedade civil e do cidadão tanto quanto depende do gestor.

A fiscalização e o compromisso com a veracidade nas informações cedidas por ambas as partes são essenciais para uma boa gestão, de modo que contribuem com o desenvolvimento da política focado em seu real público alvo, evitando que famílias que não se enquadram nos critérios do programa recebam benefícios.

Para isso faz-se necessário que tanto o governo quanto a sociedade reconheçam que os cidadãos não são apenas pessoas que necessitam de ajuda, mas titulares dotados de direitos que legalmente devem ser assegurados por meio dos serviços públicos. Ao governo, por sua vez, o reconhecimento não é suficiente uma vez que é imprescindível que este resulte em um novo olhar e um novo tratar para com esses cidadãos, os respeitando e ouvindo enquanto atores sociais junto a estas políticas.

Por outro lado, para a sociedade assistida pelo programa, esta compreensão se dá por um processo educacional contínuo que vise o empoderamento desta sobre Direitos Humanos e, especialmente, sobre o PBF para que, assim, a população tenha conhecimentos que respaldem argumentos e lutas pelos seus direitos, como também os libertem da opressão oriunda do preconceito em torno dos participantes de programas sociais.

Diante deste preconceito, ressalta-se a necessidade de que tais esclarecimentos também sejam inclusos nas discussões com a população que não sofre com a pobreza e que, em alguns casos, protagonizam situações que estigmatizam a população mais vulnerável.

O preconceito neste contexto é resultado de uma história política de assistencialismo e coronelismo em todo o país, na qual boa parte das ações governamentais visava a manutenção de votos e de poder, deixando em segundo plano o suprimento das necessidades da comunidade. Estes acontecimentos fizeram com que parte da população descreditasse no desenvolvimento de políticas eficazes, rotulando negativamente as políticas sociais. Para vencer esta barreira do coronelismo há a necessidade de formalização e readequação do mercado de trabalho tornando-o mais justo e atrativo à nova realidade da comunidade, após o impacto do Programa, a fim de desmistificar o entendimento assistencialista ainda existente no discurso da população defensora de que com a implantação do PBF os titulares perderam o interesse pelo trabalho. Todavia, na verdade ocorre que os cidadãos não precisam mais sujeitar-se ao sistema de troca de mão-de-obra por alimentação/moradia/produtos, gerando alterações nas relações de emprego.

Outro agravante para esta situação é a corrupção ainda existente no país, tanto por parte de gestores quanto da sociedade que, algumas vezes, fornece informações falsas para que suas famílias sejam incluídas no programa. Contudo, é imprescindível que a política seja gerida de forma correta e coerente com os objetivos estabelecidos tendo em vista que, apesar da existência destes casos de corrupção, há famílias verdadeiramente assoladas pela fome para as quais o governo deve utilizar de ações para lhes garantir os direitos básicos que, nestes casos, estão sendo violados.

Portanto, há uma necessidade real de aperfeiçoamento da gestão do programa, principalmente no tocante à fiscalização, visando o aumento da participação da sociedade civil neste processo. Bem como do desenvolvimento de ações educativas para a população, seja ela titular de direito do PBF ou não, com o objetivo de ampliar o conhecimento e as discussões sobre o programa. Contudo, estes ajustes que visam aumentar a eficácia do progra-

ma, de forma alguma, retira a característica protetora deste frente às famílias as quais assiste, de modo que lhes assegura, de forma emergencial, o acesso aos alimentos.

REFERÊNCIAS

BRANCO, T. C. **Gêneros e Políticas Públicas no Brasil**. In: ROCHA, C.; BURLANDY, L; MAGALHÃES, R. (Orgs.) Segurança Alimentar e Nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Da ordem social, título VII, artº 194. Brasília,1988.

_____. **Bolsa Família Ganha Prêmio Internacional de Seguridade Social**. Disponível em: <http://bolsafamilia10anos.mds.gov.br/node/33253> Acesso em: às 17:25hs, 22 de Outubro de 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. **Programa Bolsa Família - benefícios**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/beneficios> Acesso em: 27 de fevereiro de 2014b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. **Programa Bolsa Família - programas complementares**. Disponível em: <http://mds.gov.br/bolsafamilia/programascomplementares> Acesso em: 14 de Fevereiro de 2014c.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. **Relatório de Informações Sociais do Município de Cuité-PB**. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Rlv3/geral/relatorio.php#CadastroUnico> Acesso em: 11 de Março de 2014d.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. **Programa Bolsa Família - utilização do benefício**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/bolsa-familia/beneficios/beneficiario/utilizacao-do-beneficio>. Acesso em: 27 de Fevereiro de 2014e.

BURLANDY, L. **Comunidade Solidária**: engenharia institucional, focalização e parcerias no combate à fome, à pobreza e à desnutrição. Rio de Janeiro, RJ: 2003. Originalmente apresentado como tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

BURLANDY, L.; MAGALHÃES, R.; FROZI, D. S. Programas de Segurança alimentar e Nutricional: experiências e aprendizados. In: ROCHA, C.; BURLANDY, L; MAGALHÃES, R. (Orgs.) **Segurança Alimentar e Nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013

SILVA, R. R. Principais políticas de combate à fome implementadas no Brasil. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 5, novembro, 2006.

SHOTTZ, V. **Programa Bolsa Família: dilemas e avanços no combate à fome e à miséria**. Um estudo de caso do Município de São Francisco de Itabapoana – RJ. 158F. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

WERNWCK VIANNA, M. L. T. **Em torno do conceito de Política Social: notas introdutórias**. Rio de Janeiro, dezembro, 2002.

YAZBEK, M. C. **Sistema de Proteção Social Brasileiro: modelo, dilemas e desafios**. Fotocópia.

CAPÍTULO 6

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: políticas públicas e ações no município de Cuité

Poliana de Araújo Palmeira
Ana Beatriz Macêdo Venâncio dos Santos

A avaliação de situações de riscos e de intervenções são duas grandes finalidades do processo de monitoramento e avaliação da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (SANTOS; SAM-PAIO; 2013). Este conjunto de ações contribui para a maior coerência da gestão e eficácia das políticas públicas uma vez que, visa otimizar o uso de recursos e maximizar os benefícios para a população (BROUSELLE *et al.*, 2011).

Neste sentido, os capítulos anteriores trouxeram informações sobre as condições de vida dos cuitenses, que permitem ao gestor e a comunidade a identificação de situações de risco para insegurança alimentar, e que assim devem ser considerados na tomada de decisão. De forma complementar, o presente capítulo apresenta dados referentes as políticas públicas e programas de SAN vigentes no município de Cuité, em 2011.

No contexto político da SAN, um desafio atual para o governo contempla a adesão e a descentralização para os municípios do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). A criação deste sistema deu-se a partir de 2006 quando entrou em vigor a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LO-SAN), que objetiva assegurar o direito de todos ao acesso regular e permanente de alimentos por meio da instituição de um sistema público de SAN. Assim, no campo prático este sistema deve reunir diversos setores governamentais para de forma compartilhada, coordenarem a política de SAN. Considerando a complexidade e a diversidade dos setores e programas que transitam na agenda

da SAN, e por compreender a visão sistêmica e intersetorial desta temática, a estruturação de um sistema promove maior racionalidade, além de uma visão integrada dos problemas da população, o que pode facilitar a convergência das ações dos diferentes setores (LEÃO; MALUF, 2012).

Desta forma, a análise realizada neste capítulo abordará além do mapeamento de programas e ações de SAN no município de Cuité, a discussão sobre o potencial local para a organização e adesão ao SISAN municipal. Segundo a LOSAN, 2006, a existência deste sistema pressupõe a presença de pelo menos três espaços de regulação e discussão política, sendo eles: Conselho de SAN, Conferência de SAN e uma Câmara Interministerial/Intersecretarial de SAN.

Para melhor compreensão é importante especificar estes espaços, a começar pelo Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) que tem caráter consultivo e de assessoria à gestão, sendo formado por representantes do governo e da sociedade civil para que estes se articulem nas questões relacionadas a SAN. As diretrizes e prioridades que nortearão as ações do CONSEA serão definidas a partir da Conferência de SAN, sendo este um espaço para discussões ampliadas no tocante a SAN, que envolve não apenas os conselheiros, mas representantes de diversas organizações governamentais e não governamentais e a população em geral.

Por fim, a Câmara Interministerial/intersecretarial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) é composta por Ministros de Estado e, no caso dos estados e municípios, por responsáveis técnicos de programas e representantes de secretários estaduais e municipais, respectivamente. Esta característica plural de sua formação é uma estratégia para que esta câmara favoreça o bom desempenho de suas responsabilidades que são elaborar a política e o plano de SAN a partir das diretrizes emanadas pelo CONSEA,

indicando metas, fontes de recursos e instrumentos de acompanhamentos, monitoramento e avaliação (LEÃO; MALUF, 2012).

Assim sendo, o presente capítulo está organizado em duas partes: a primeira, que dispõe da metodologia utilizada *para a coleta de dados* sobre os programas, e a segunda, apresenta as análises os dados e as realizadas, com suas respectivas discussões.

a) Metodologia para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio a novembro de 2011, se deu por meio do mapeamento das políticas, equipamentos e ações relacionados a SAN existentes no município de Cuité e entrevista com gestores ou responsáveis técnicos destes programas e ações.

No tocante ao mapeamento das políticas, equipamentos e ações aderentes à agenda da SAN, a pesquisa foi realizada no âmbito das secretarias municipais, saúde, educação, agricultura e assistência social, em cada uma fez-se um levantamento dos programas vigentes em Cuité. Neste momento também foram identificados os informantes-chave para cada programa com os quais foram realizadas as entrevistas posteriormente.

Para a realização das entrevistas semiestruturadas com os gestores ou técnicos dos programas, foi utilizado um roteiro proposto pelo Instituto Pólis, e registrou-se a coleta de dados com o auxílio de um gravador de voz digital. Para o gestor do Programa Nacional de Alimentação Escolar a entrevista não foi realizada de forma presencial. Os roteiros continham questões sobre: implementação, execução, público-alvo e monitoramento do programa/ação; disponibilidade de recursos humanos e financeiros; intersectorialidade das ações e, para alguns casos, controle social.

Como estratégia para complementar os dados já coletados, os pesquisadores realizaram em parceria com a Prefeitura Muni-

pal de Cuité uma oficina com gestores e técnicos dos programas municipais intitulada por “Segurança Alimentar e Nutricional: discutindo problemas e traçando metas” que objetivou apresentar alguns resultados da pesquisa por amostra de domicílios e do mapeamento de ações e programas de SAN, visando discutir as oportunidades e os desafios para implementação de um SISAN municipal.

No tocante a análise dos dados, as ações foram classificadas segundo temática da proposta considerando os seguintes eixos:

(1) *Produção Agroalimentar*: estímulo à produção de alimentos, fomento a arranjos produtivos locais e apoio à pesquisa e desenvolvimento;

(2) *Abastecimento Agroalimentar*: aproximação da produção e o consumo de alimentos, adequação de pontos de distribuição de alimentos e compra pública;

(3) *Consumo Alimentar*: melhoria do padrão alimentar, geração de renda e aumento do poder de consumo, transferência de renda e promoção do acesso à alimentação;

(4) *Programas alimentares suplementares e monitoramento da insegurança alimentar*: programas nutricionais específicos, monitoramento da insegurança alimentar e fortalecimento da política de SAN (INSTITUTO PÓLIS; 2008).

b) Análise da Política de Segurança Alimentar e Nutricional no Município de Cuité.

A partir da análise de dados se observou no município de Cuité algumas potencialidades para a efetivação do SISAN, dentre estas a existência do Conselho Municipal de Segurança Alimentar (COMSEA) e a realização de duas Conferências Municipais de SAN.

Apesar da existência desses dois pré-requisitos para a adesão ao sistema, também foram encontradas fragilidades como a ausência de uma legislação própria do município que garanta a

criação da Câmara Intersecretarial de SAN e do SISAN, ou seja, a Lei Orgânica Municipal de SAN, o que pode representar um reflexo da não valorização do tema na agenda política do governo municipal e da sociedade civil.

No tocante ao COMSEA-Cuité este foi legalmente constituído em 2003 por meio de lei municipal que também dispõe sobre a composição deste e define suas atribuições legais, a exemplo da proposição e do pronunciamento sobre as diretrizes da política municipal de SAN. Contudo, o Conselho que é composto por 19 assentos obedecendo à proporção de 1/3 da Sociedade Civil e 2/3 do Poder Público, enfrenta dificuldades com esta formação devido à evasão dos conselheiros.

Outra dificuldade é a complicação para inclusão de uma maior quantidade de órgãos e secretarias municipais para viabilizar o diálogo intersetorial, uma vez que não há número suficiente de representações da Sociedade Civil que mantenha a proporcionalidade já citada. Diante disto, em debates, apontou-se como solução para este entrave a alocação de alguns representantes municipais em grupos de trabalho temáticos.

A atuação do COMSEA é fragilizada visto que as plenárias não ocorrem regularmente e há a ausência de capacitação continuada dos conselheiros, o que pode comprometer os debates nas conferências e reduzir a mobilização em torno da questão da SAN. Apesar deste entrave, se realizou Conferências Municipais de SAN nos anos de 2008 e 2011, todavia não foram encontrados registros da primeira. Em 2011, como forma de aumentar a eficácia das discussões no espaço da Conferência Municipal de SAN, o COMSEA firmou parceria com a UFCG através do projeto SANCUITÉ e a Secretaria Municipal de Assistência Social que assumiram a metodologia de trabalho e a logística do evento.

A conferência contou com a participação de 63 cidadãos, dos quais 43 eram da sociedade civil. A metodologia selecionada

foi pautaada nas discussões em plenárias e em pequenos grupos temáticos compostos por pessoas de diferentes segmentos e profissões, o que favoreceu a criação de um espaço democrático e plural, promovendo a discussão de propostas divergentes, sendo este incentivo ao diálogo intersetorial um ponto positivo deste evento.

A maioria das propostas construídas foi voltada para a esfera municipal na direção do fortalecimento e efetividade das políticas relativas à agricultura, alimentação escolar e acesso à água. Neste sentido, é válido resgatar o discurso de um conselheiro que relatou os limites das propostas aprovadas, uma vez que algumas delas não são enxergadas enquanto ações práticas, podendo conduzir o debate em conferências para um movimento repetitivo e cíclico, muito comum em cidades de pequeno porte, não havendo evolução na superação de problemas muito embora estes apareçam nas discussões.

Nesta direção, ressalta-se como ponto fundamental para a efetivação do sistema a sensibilização e conscientização da população sobre as políticas de combate à fome, inclusive da parcela não vulnerável da comunidade visando a redução do preconceito e da estigmatização dos programas da agenda de SAN.

A partir disso, com a promoção do respeito à Política de SAN, será possível construir um dos pilares do SISAN que é a participação popular de modo coerente e que rompa com a conjuntura política partidária que enfraquece os espaços de discussão como o Conselho. Esta característica partidária e competitiva das arenas dos conselhos, que deveriam propor projetos coletivos para o desenvolvimento regional, foi também semelhante aos resultados observados por outro estudo realizado em 2011 no estado da Bahia, no âmbito do Consórcio de Segurança Alimentar e Nutricional e Desenvolvimento Local (CONSAD).

Por fim, a fragmentação de interesses e conhecimentos nas secretarias cujas ações são centralizadas na pessoa do secretário, instiga a realização de planejamentos setoriais que, por vezes, in-

viabilizam o exercício da intersectorialidade. Sendo assim, entende-se que a instituição de uma câmara intersecretarial de SAN possa viabilizar este diálogo, todavia, considerando a conjuntura política do município de Cuité, a vinculação desta câmara a qualquer secretaria municipal conservaria a lógica setorial já enraizada na política local.

No que diz respeito ao mapeamento dos programas, equipamentos e ações o município apresentou 19 iniciativas. A classificação dos programas por eixos temáticos e entidade proponente favorece a visualização da abrangência destes programas/ações e da origem do investimento (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação dos programas relacionados com a Segurança Alimentar e Nutricional segundo eixo temático e esfera proponente, Cuité, 2011.

Eixo	Programas/Ações	Proponente	Método
Consumo Alimentar	Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)	GF	Entrevista online
	Programa de Distribuição de cestas alimentares	GM	Entrevista
	Programa Bolsa Família (PBF)	GF	Entrevista
	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)	GF	Entrevista
	Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	GF	Observação
	Banco de Alimentos	GM	Entrevista
	Vigilância Sanitária de Alimentos	GF	Não realizada
	Ações de Educação Alimentar e Nutricional	GF	Observação
Programas Alimentares Suplementares e Monitoramento da Insegurança Alimentar	Acesso à Água Dessalinizada	GM	Entrevista
	Estratégia Saúde da Família (ESF)	GF	Observação
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	GF	Observação
	Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (VIT A)	GF	Não Realizada
	Programa Nacional de Suplementação de Ferro (SAÚDE DE FERRO)	GF	Não Realizada
	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)	GF	Entrevista
Produção Agroalimentar	Programa Cisternas	GF	Entrevista
	Programa Água para Consumo e Produção de Alimentos	GF	Entrevista
	Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar	GF	Entrevista
	Garantia Safra	GF	Entrevista
Abastecimento Agroalimentar	Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar - "Compra Direta"	GF	Discussão na Oficina de gestores

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

*GM = Governo Municipal; GF = Governo Federal

No caso do município de Cuité é notória a dependência deste quanto às iniciativas federais, uma vez que das 19 observadas apenas três são propostas do governo municipal. Este papel propositor do Governo Federal também foi observado nas capitais do Norte e Nordeste, por estudo realizado pelo INSTITUTO PÓLIS em 2008.

A partir das entrevistas verificou-se a existência de 7 programas, 1 equipamento e 1 ação voltadas para o eixo **Consumo Alimentar** que engloba atividades de geração e transferência de renda, aumento do poder de consumo e promoção do acesso à alimentação para famílias em situação de vulnerabilidade, visando a melhoria do padrão alimentar.

As iniciativas encontradas foram de distribuição de alimentos, transferência de renda, atividades socioeducativas e de inclusão produtiva, por meio do Programa de Distribuição de Cestas de Alimentos, Banco de Alimentos, Programa Bolsa Família (PBF) e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), e do equipamento Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). O programa municipal Banco de Alimentos que visa arrecadar alimentos com mobilização da sociedade civil para posterior distribuição tem como maior entrave para sua realização plena a resistência dos organizadores de eventos que, segundo Lei Municipal nº 772/2009 que cria o Banco Municipal de Alimentos, devem reverter parte do custo da entrada dos eventos realizados em locais públicos em alimentos doados.

Em termos de gestão destaca-se a atuação do PBF que, em parceria com o CRAS, tem articulado a transferência de renda com ações de inclusão social e produtiva a partir do investimento dos recursos do Índice de Gestão Descentralizada (IGD), desenvolvendo diversos cursos profissionalizantes, atividades socioeducativas, ações de sociabilização a partir do desenvolvimento de habilidades musicais e, inclusive, criação de um laboratório de informática que oferece cursos e acesso a computadores com internet para os ti-

tulares. Assim, vê-se a importância do recurso do IGD para melhor abrangência das ações do programa. Contudo, a entrevista com o gestor apontou como entrave para a melhor gestão deste programa o cumprimento das condicionalidades, visto que o acompanhamento das condicionalidades é feito no âmbito de cada secretaria (Educação, Saúde e Assistência Social), cujas informações devem ser registradas e encaminhadas para a gestão local do PBF em tempo hábil para alimentação do sistema.

Além disso, têm sido realizadas campanhas de conscientização e sensibilização da comunidade quanto ao programa, com ênfase na importância da realização de denúncias das famílias que não atendem aos critérios do programa, esta iniciativa tem aumentado o número de benefícios entregues para repasses a outras famílias em vulnerabilidade.

No que se refere às ações do eixo **Programas Alimentares Suplementares e Monitoramento da Insegurança Alimentar**, o município executa programas e estratégias federais da agenda do Ministério da Saúde como: Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, Programa Nacional de Suplementação de Ferro e Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional. Dentre estes se destaca o SISVAN, que deve transformar dados em informações para a construção de um diagnóstico da situação de alimentação e nutrição da população, viabilizando a identificação de riscos e problemas, bem como a magnitude e a concentração territorial destes (FAGUNDES *et al.*, 2004).

Este sistema de informação atende a clientela assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, em Cuité, teve seu processo de implantação iniciado em 2011. Segundo a gestora, ainda não há recursos humanos suficientes para o bom funcionamento do programa, entretanto, foram realizadas chamadas nutricionais nas unidades de saúde da família e visitas domiciliares com os Agentes

Comunitários de Saúde para a coleta de dados e posterior alimentação do sistema. A falta de recursos humanos é um entrave também para outros programas como VIT-A e SAÚDE DE FERRO que não foram investigados pela ausência de um informante-chave com responsabilidade de gestor para responder sobre estes programas.

As cinco iniciativas restantes correspondem ao eixo da **Produção e Abastecimento Agroalimentar**, sendo três delas voltadas para o acesso à água para consumo e produção, e as demais direcionadas para o fortalecimento da agricultura do tipo familiar como estratégia de combate ao êxodo rural. Dentre estas, o Programa 1 Milhão de Cisternas disponibiliza água para o consumo familiar e, de acordo com o gestor, forneceu cerca de 500 cisternas em 2011.

Outro programa que merece destaque é o PRONAF que, segundo o gestor, atualmente é reconhecido pelos agricultores por fornecer um incentivo fundamental para suas atividades. Entretanto, alguns agricultores vinculados ao programa têm sofrido com o endividamento uma vez que nem sempre produzem o suficiente para a garantia de renda necessária à quitação das dívidas construídas em busca de viabilizar a produção. Outra dificuldade se sustenta na contratação de empresas ou organizações não-governamentais que prestam apoio técnico agrícola, mas que na maioria das vezes não atentam para a vocação agrícola regional.

Como iniciativa da sociedade civil no campo da agricultura a pesquisa encontrou a experiência de uma associação comunitária de desenvolvimento rural - Nossa Senhora das Vitórias - cujo representante relatou a importância do associativismo para a submissão de projetos e captação de recursos, bem como atrelou o sucesso da produção ao apoio técnico oriundo da EMATER e do SEBRAE, recebendo também financiamento para assistência técnica da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO). Associou o resultado da produção também à articulação dos setores que permite que o produtor receba o crédito (Crédito Fun-

diário e PRONAF), seja capacitado (EMATER e SEBRAE) e tenha como escoar a produção (Compra Direta).

A pesquisa de campo permitiu o registro de diversas iniciativas da Sociedade Civil no município de Cuité, com um total de 23 Associações de Agricultores e Produtores de Alimentos, uma Associação de Mulheres Artesãs e a Agência Mandalla Empreendimentos Sustentáveis.

Ainda no que diz respeito à venda de produtos, os resultados da pesquisa apontam que 59% dos agricultores afirmaram produzir alimentos para venda, dos quais 3,7% vendem para o governo municipal.

Este dado corrobora com as fragilidades apontadas pelos gestores nas discussões da oficina quanto ao escoamento da produção, sendo estas: falta de estrutura da feira livre de forma a valorizar o produtor local e a ausência dos pré-requisitos do município para a implementação do Programa de Aquisição de Alimentos⁴ que exige a existência de um restaurante popular ou cozinha comunitária, cujo direcionamento de implantação é para os municípios de médio e grande porte, inviabilizando o governo municipal de implantar este programa de suma importância para o desenvolvimento rural.

Além disso, viu-se também a importância das ações de Educação Alimentar e Nutricional como instrumento de valorização do consumo do produto local e de promoção da saúde e prevenção da Obesidade/sobrepeso. No âmbito da escola, a gestora do PNAE no município afirmou que, após algumas mudanças no cardápio, alguns alimentos produzidos localmente começaram a ser adquiridos, como leite, carne, frango, ovos, verduras e frutas.

4 Segundo o Ministério de Desenvolvimento Social e combate à Fome, o PAA é um programa que visa a promoção do acesso a alimentos às populações em situação de insegurança alimentar e a inclusão social e econômica no campo por meio do fortalecimento da agricultura familiar, de modo que propicia a aquisição de alimentos de agricultores familiares, com isenção de licitação, a preços compatíveis aos praticados nos mercados regionais. Os produtos são destinados a ações de alimentação empreendidas por entidades da rede socioassistencial e também distribuição de alimentos à famílias em insegurança alimentar.

Por fim, o Quadro 2 expõe o resumo das dificuldades e desafios para a realização da política de SAN, segundo os participantes na oficina realizada com gestores e funcionários das secretarias municipais de Cuité.

Quadro 2: Síntese de relatos dos participantes do evento “Segurança alimentar e nutricional no município de Cuité: discutindo problemas e traçando metas” sobre as dificuldades e desafios para realização da política de SAN, Cuité, 2011.

Quais as dificuldades e desafios para a realização com eficiência da política de SAN?	
Dificuldades	
✓	Falta de conhecimento e capacitação para o trabalho, especialmente relacionado com a SAN
✓	Organização dos serviços e isolamento de ações dentro de um setor ou secretarias
✓	Condições de trabalho precárias e falta de engajamento de alguns funcionários
✓	Efetivação das políticas públicas, especialmente de monitoramento
✓	Falta de conhecimento da comunidade sobre alguns produtos provenientes da agricultura familiar
✓	Falta de um espaço regulado de comércio de alimentos
Desafios	
✓	Questões culturais
✓	Promover a organização social da comunidade e viabilizar a presença de pessoas em situação de vulnerabilidade nos espaços de discussão
✓	Conscientização da comunidade e aceitação das políticas de longo prazo
✓	Educar a população escolar

Fonte: Oficina realizada com gestores e funcionários municipais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização da política de SAN em uma perspectiva sistêmica é resultado de um processo de discussão contínuo e coletivo que considera a complexidade e a abrangência da SAN, haja vista a interdependência dos problemas relacionados com a produção, a disponibilidade e o consumo de alimentos na comunidade. Portanto, deve-se adotar a intersetorialidade como princípio norteador desta política para conduzir o desenvolvimento de intervenções integradas e compartilhadas entre os diferentes setores e atores envolvidos, viabilizando a estruturação de um sistema público de SAN.

Neste sentido, ao analisar os resultados apresentados pela pesquisa, identificou-se a existência de um potencial para a adesão ao SISAN no município de Cuité, visto a existência legal do COMSEA, o incentivo aos diálogos intersetoriais a partir da criação de espaços de discussão e também da diversidade das ações e programas existentes no município.

Concernente ao funcionamento do COMSEA, o mesmo é de suma importância para a criação do SISAN uma vez que oferece um espaço regular de discussão democrática e, a partir disso, presta assessoria à gestão municipal quanto às ações de SAN.

Contudo, em Cuité, o conselho esbarra no entrave da ausência de um diálogo intersetorial característico da natureza da política de SAN, sendo este inviabilizado pelos conflitos de interesses pessoais e partidários tão valorizados no espaço do COMSEA, mesmo que esta valorização seja inversa à proposta do conselho. Outro entrave é a escassez de recursos humanos, especialmente qualificados, para melhor estruturação de propostas coletivas que visem a superação dos problemas da população.

Apesar das dificuldades, o COMSEA como arena de discussão juntamente com as conferências municipais realizadas e a oficina com gestores e técnicos oportunizou o início do processo de incentivo ao diálogo intersetorial, que deve ser contínuo para que estas discussões de fato sejam transformadas em um plano de ação executável, no qual as propostas e os encaminhamentos feitos nestes espaços sejam visualizados também no campo prático.

Um importante entrave observado para a efetivação da política de SAN se sustenta justamente nesta dificuldade em planejar e realizar ações no campo da SAN, e neste sentido se destaca que quase a totalidade dos programas, equipamentos e ações estudados no município de Cuité são oriundas do governo federal, o que possivelmente se relaciona com a ausência de formação da sociedade civil e da gestão neste campo e a falta de mobilização

do controle social na exigibilidade do direito à alimentação, o que resulta na falta de valorização da política de SAN na agenda local.

Ao analisar as ações de SAN existentes no município segundo eixos temáticos, percebeu-se a concentração destas no campo do consumo e do acesso aos alimentos, a exemplo dos programas de transferência de renda e de distribuição de alimentos. Por outro lado, considerando a extensa dimensão territorial e as diferentes características geográficas e de solo existentes no município de Cuité, assim como, a vulnerabilidade social da região rural, reforça-se a necessidade de um maior investimento e diversidade de programas no campo da produção, disponibilidade e abastecimento alimentar, de forma a alcançar a realidade plural dos territórios do município.

No que se refere ao incentivo à produção o Programa Água para Consumo e Produção de Alimentos (Cisternas Calçadão), ainda em fase de implantação no município durante o período da realização da pesquisa, intervém diretamente em um dos maiores entraves da produção agroalimentar da região semiárida que é a falta de água, sendo de extrema importância para a superação dos problemas de insegurança alimentar no município de Cuité.

Ainda no tocante a diversidade dos programas, importa destacar a relevância no contexto do DHAA de articular intervenções emergenciais e estruturantes, haja vista que é obrigação do governo promover ações de SAN e prover o alimento diretamente a indivíduos ou grupos específicos quando estes se mostram incapazes de adquirir o alimento por conta própria, garantindo assim, outro direito fundamental, o de estar livre da fome.

Assim, as intervenções emergenciais envolvem o acesso imediato ao alimento, ou seja, atuam diretamente no combate à fome que corresponde ao estado mais grave da IA, enquanto que as ações estruturantes, cujos resultados são apresentados à longo prazo, visam o desenvolvimento econômico local e a organização do sistema agroalimentar, como estratégia para o acesso ao ali-

mento e a superação da pobreza. No município de Cuité se mostrou fundamental o investimento em ações de natureza estruturante.

Neste sentido, além da participação social e dos programas, também é necessário para o funcionamento de fato do SISAN a intersetorialidade e equidade, visando a articulação entre gestão-sociedade civil e entre setores de governo, o que favorece o equilíbrio do investimento em cada dimensão da SAN, e integra as ações estruturantes com as medidas emergenciais. Desta forma, a gestão setorizada e centralizada no gestor vivenciada há anos em municípios de pequeno porte dificulta a articulação das secretarias e suas respectivas ações, como observado no diálogo entre as secretarias municipais de Cuité.

A dificuldade da efetivação deste diálogo intersetorial é agravada quando há a competição entre as secretarias e cada uma se considera responsável apenas pelo que é exclusivo de sua pasta, não considerando a interdependência das ações necessária para a melhor gestão pública.

Assim, apesar da potencialidade para a estruturação do SISAN no município de Cuité, argumenta-se que o funcionamento deste sistema será de fato viabilizado com a inclusão da temática da SAN na agenda de políticas públicas local. Para tanto é indispensável o preenchimento das lacunas no tocante ao conhecimento sobre os conceitos básicos do DHAA e SAN, agora na perspectiva do SISAN, tanto para os gestores e profissionais envolvidos na execução da política de SAN, quanto para os conselheiros do COMSEA, o poder legislativo municipal e a sociedade de um modo geral.

Estes conhecimentos subsidiam as discussões e o planejamento das ações de modo a tornar possível a obtenção de um modelo de gestão que priorize o planejamento a partir de um pensar intersetorial e da avaliação de ações, bem como a efetivação de uma política municipal de SAN coerente e respaldada em arranjos constitucionais que a legitimem e que assegurem a adesão ao SI-

SAN, por meio da criação e aprovação de uma Lei Orgânica Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, no intuito de alcançar a superação de problemas de saúde pública e de insegurança alimentar e nutricional.

O processo de formação também contribui para ampliar a capacidade propositiva do governo e do controle social, de modo que os atores locais compartilhem a responsabilidade de propor ações de intervenções públicas capazes de promover mudanças na realidade social, especialmente, na ausência de programas federais que não alcancem ou se apliquem às problemáticas existentes no município de Cuité.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome MDS/ Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SESAN/Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional – CAISAN. **Estruturando o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN**. 1ª ed. Brasília, 2011.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome MDS. Segurança Alimentar. **Programa de Aquisição de Alimentos**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar/decom/paa>. Acesso em: 16 de março de 2014, às 14:36h.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2011.

CONSEA. 4ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Documento de Referência. Brasília, 2011

CUITÉ (MUNICÍPIO). Lei nº 772/2009 de 22 de maio de 2009 que cria o Banco Municipal de Alimentos e dá outras providências. Poder Executivo. Cuité, PB, 2009.

FAGUNDES, A. A. *et al.* **Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

INSTITUTO PÓLIS/ Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome; **Subsídios para implantação de sistemas descentralizados de Segurança Alimentar e Nutricional em regiões metropolitanas**. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à fome: Brasília: 2008.

LEÃO, M. MALUF, R. S. **A construção de um sistema público de segurança alimentar e nutricional: a experiência brasileira**. Brasília: ABRANDH, 2012. 72 p.

SANTOS, SMC. Segurança Alimentar no Vale do Jequiçá- Bahia – Etapa 1: bases para a construção participativa dos sistemas locais

- SANVALE-Bahia [relatório de pesquisa] Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2011.

SANTOS, S. M. C.; SAMPAIO, M. F. A. Contexto do Planejamento e da Avaliação da Segurança Alimentar e Nutricional. In: ROCHA, C.; BURLANDY, L; MAGALHÃES, R. (Orgs.). **Segurança Alimentar e Nutricional**: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

POSFÁCIO

O campus de expansão da UFCG - Centro de Educação e Saúde (CES) - localizado no município de Cuité foi criado em 2008 considerando o objetivo de ampliar o acesso ao ensino público e gratuito com padrão de qualidade, e principalmente em longo prazo contribuir com o desenvolvimento regional e local. Neste sentido, o projeto de criação deste centro destaca que os cursos de licenciatura têm um importante papel para contribuir com o fortalecimento do ensino médio e a formação de novos professores, enquanto que os cursos de graduação no campo da saúde podem colaborar substancialmente para a melhoria da saúde pública, com a formação de recurso humano capacitado a relacionar os problemas da população local com os seus processos sociais, políticos e culturais.

O Projeto Político e Pedagógico do Curso de Nutrição do CES caracteriza que o profissional nutricionista egresso deve apresentar o perfil para trabalhar com a alimentação e a nutrição, através de conteúdos relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e social. E reforça ainda que considerando que o CES está localizado em uma cidade de pequeno porte, o curso de nutrição deve enfatizar a integração entre a comunidade científica e a local, possibilitando ao aluno egresso deste curso desenvolver-se diferencialmente no campo da nutrição social, inclusive, por meio da maior interação dos alunos com a realidade rural.

Desta forma, considerando os desafios postos para o processo de desenvolvimento local e formação do aluno nutricionista no CES, a realização do projeto SANCUITÉ fortaleceu este compromisso social da universidade, na medida em que apresenta em seus resultados informações necessárias ao planejamento e a formulação de políticas públicas locais, e assim pode estimular

através de dados de cunho científico a discussão prática da dinâmica e política local.

Importa refletir que percentuais, prevalências, dados estatísticos e outros modelos de apresentação de resultados representam necessariamente um julgamento, um juízo sobre uma determinada realidade social, e no caso das informações apresentadas neste livro estas representam um ponto de partida. Foram disponibilizadas informações inéditas, e que desta forma, descrevem e caracterizam a população em um momento recente, o que contribui para indicar possíveis, problemas, áreas prioritárias e público-alvo para a intervenção. Cabendo aos estudos futuros a análise de processos de mudança social em decorrência da ação política e pública.

No campo científico, este livro apresenta a análise de uma realidade local, frequentemente, não valorizada no âmbito da produção científica, entretanto, a realização de estudos nestes espaços aproxima o conhecimento científico de contextos reais, permitindo também a aplicabilidade deste conhecimento na prática. Além disso, descrever populações que frequentemente não são contempladas nos estudos publicados a nível nacional pode trazer novas informações para o debate científico, visto a pluralidade e a heterogeneidade das regiões e municípios brasileiros, ressaltando então a importância desta obra.

Os resultados apresentados mostram a difícil articulação das políticas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) no município de Cuité, e também que a privação de alimentos, tanto em termos de qualidade e de quantidade, é uma realidade vivenciada em muitas famílias. O enfrentamento desta problemática requer inicialmente a inclusão da questão da SAN na agenda política do município, no campo da gestão e do controle social. Neste sentido, esta publicação pode contribuir para resgatar e embasar os debates sobre a implementação do Sistema Municipal de SAN, assim como, na elaboração de um plano municipal de SAN, que fortaleça

na perspectiva da intersectorialidade os serviços e sistemas relacionados, como saúde, educação, agricultura e assistência social.

Por fim, sendo a questão da fome e da superação da pobreza um compromisso social de todos, ressalta-se a importância da responsabilidade compartilhada entre governo federal, estadual e municipal e sociedade civil neste processo de intervenção. Neste sentido a universidade pode trazer também a sua contribuição, na perspectiva de a partir das problemáticas elencadas neste livro, construir propostas de projetos de extensão e de pesquisa contextualizados com as demandas locais, em um processo contínuo de compreensão da realidade social do município de Cuité, fortalecendo assim, a parceria entre as instituições e a responsabilidade social da Universidade.

Sobre as Autores

Ana Beatriz Macêdo Venâncio dos Santos (Organizadora)

Nutricionista pelo Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande

Contato: biabeatrizvenancio@gmail.com

Cândida Isabel de Figueiredo

Nutricionista pelo Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande

Contato: bel.figueiredo@hotmail.com

Cristiane Cosmo da Silva

Nutricionista pelo Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande

Contato: criscosmosilva@hotmail.com

Leyla Helenna Gouveia Ribeiro

Nutricionista pelo Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande

Contato: ribeiro.lhg@gmail.com

Poliana de Araújo Palmeira (Organizadora)

Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Professora do curso de graduação em Nutrição do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande

Contato: palmeira.poliana@gmail.com

Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso

Mestre em Ciências da Nutrição do Centro de Educação e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba. Professora do curso de graduação em Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande

Contato: vanillepessoa@gmail.com

IMPRESSO POR: IMPRIMA SOLUÇÕES GRÁFICAS

FORMATO	<i>16x23 cm</i>
TIPOLOGIA	<i>Arial</i>
PAPEL	<i>Offset 80 g/m²</i>
Nº DE PÁG.	<i>123</i>

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE- EDUFCG

