

O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE: O CASO DO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA

Denize Dias Lopes
Prefeitura Municipal de Uberlândia

Ebenezer Pereira Couto
UFU

Telma Cardoso de Sá Abreu Moreira
Prefeitura Municipal de Uberlândia

Resumo

O Programa Bolsa Família (PBF), lançado em 2004, prevê o repasse de benefícios monetários mensais aos segmentos sociais classificados em situação de pobreza, extrema-pobreza, miséria e indigência, para fins de cobertura de gastos com saúde, alimentação e educação. Em Uberlândia todas as 56 unidades componentes da rede municipal de saúde incorporam benefícios veiculados pelo PBF. Com base em pesquisa bibliográfica e documental, analisamos a atuação do PBF na rede de saúde do município no período de 01/08/2006 a 31/12/2007, portanto três semestres, com atenção ao perfil de déficit nutricional e distúrbio nutricional de crianças menores de 7 anos, adolescentes do sexo feminino entre 10 e 19 anos e mulheres adultas na faixa etária de 20 a 59 anos. Entre as crianças menores de sete anos, de ambos os sexos, houve uma variação no índice de déficit nutricional quando avaliado o peso por idade de 13,21% (510 crianças), expresso aqui pela desnutrição progressiva/crônica e/ou aguda/atual e 3.050 no índice de eutrofia, o que indica normalidade, onde este percentual variou em média variando 79,02%% nas crianças esta faixa etária; na parcela das crianças em risco de sobrepeso, houve uma variação de 7,77%, representando 300 crianças, que tenderão ao estado de sobrepeso ao atingirem a adolescência. Entre as adolescentes, com idade entre 10 e 19 anos, do sexo feminino, 178 (5,43%) apresentaram baixo peso, 2.497 (76,19%) estavam eutróficas, na normalidade e 602 (18,38%) apresentaram sobrepeso, num total de 3.277. Entre as mulheres adultas (5.547), entre 20 e 59 anos, 236 (4,25%) encontravam-se com baixo peso, 2.377 (42,85%) eutróficas e 2.934 (52,89%) apresentavam algum grau de sobrepeso ou obesidade, denotando distúrbio nutricional.

Palavras-chave: Programa Bolsa Família, saúde, Uberlândia.

INTRODUÇÃO

"Não importa o modelo escolhido, o desenvolvimento não pode ser realizado sem uma alimentação adequada, que se traduz em bem-estar físico e intelectual, responsáveis por uma sociedade de homens sadios". Anna Maria de Castro (1977)¹.

O estado de saúde necessariamente inclui o estado de nutrição, sendo que o primeiro praticamente inexistente sem o segundo, a alimentação constitui-se no elo que liga o ser humano sadio ao seu meio ambiente. A necessidade dos organismos de obtenção de energia e nutrientes para seu bom funcionamento varia em função da idade e de fatores fisiológicos, caso do período gestacional e de amamentação, assim como de fatores biológicos. Encontrar-se nutrido define-se simplesmente pela utilização dos nutrientes presentes no organismo, via ingestão de alimentos necessários ao desempenho normal das atividades próprias a qualquer indivíduo no seu dia-a-dia (BATISTA FILHO: 1999).

Poder-se-ia compreender segurança alimentar e nutricional sustentável (SANS) como a garantia de acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, com base em práticas alimentares saudáveis, com respeito à diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis, sem comprometimento de outras necessidades essenciais (VALENTE: 1996). Nesse referencial, a criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) representaria a apropriação pelo Estado, do dever de garantir à população um padrão alimentar e nutricional condigno.

Particularmente, o Programa Bolsa Família (PBF) surge em 2004 com a unificação dos programas de transferência de renda, que funcionavam no Brasil desde o governo de Fernando Henrique Cardoso. Dentre eles, destacavam-se o Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação, Cartão-Alimentação e Auxílio-Gás, os quais liberavam a seus beneficiários, valores que variavam entre 15 e 45 reais. De cunho otimista, com promessas de contribuir para a superação de um problema histórico em nosso país, a fome, o programa buscou atingir as famílias mais carentes, através de parceria com os estados e municípios.

1. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN

O termo vigilância nutricional teve sua primeira alusão em 1974 na *Conferência de Alimentação*, que aconteceu na cidade de Roma, onde organizações como a FAO, OMS e UNICEF uniram-se com o objetivo de "(...) *monitorar as condições dos grupos desfavorecidos da população em estado de risco, proporcionar um método de avaliação rápida e permanente de todos os fatores que influenciam os padrões de consumo alimentar e o estado nutricional da população.*" (FAO/OMS, 1974, resolução V.13).

O SISVAN inicialmente surge com a conotação de funcionar como um sistema inter-setorial de coleta, processamento e análise de informações, objetivando promover "(...) *informações contínuas sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Estas informações forneceriam bases para decisões a serem tomadas pelos responsáveis por políticas, planejamento e gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional.*" (FAO/UNICEF/WHO, 1976, p. 8)

Em uma primeira tentativa o Sistema foi concebido na América Latina restrito ao setor saúde, com dados gerados pelas atividades de assistência pública e, somente a partir de 1990, assumiu-se seu papel relevante nas políticas voltadas à alimentação e nutrição no Brasil, atuando diretamente nos distúrbios nutricionais. Entre nós, ainda que a implantação do SISVAN date de 1977, tendo como proposta a organização de um sistema de informação voltado para vigilância do

¹ Filha de Josué de Castro, doutora em Sociologia Aplicada e professora titular da UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

estado nutricional e da situação alimentar da população brasileira, sua regulamentação só ocorreu em 16 de outubro de 1990 (Portaria 080 do Ministério da Saúde), sendo sua vigência em nível municipal considerada pré-requisito para o repasse de recursos federais para ações de combate à desnutrição.

Em sua fase inicial, as áreas de estudo propostas pelo SISVAN no país relacionavam-se às temáticas do estado nutricional e/ou carências específicas, consumo alimentar e desempenho e qualidade do serviço, tendo como objetivos básicos disponibilizar informações para o planejamento de ações de prevenção e controle dos distúrbios nutricionais da população. O funcionamento do sistema compreenderia a descrição contínua e avaliação de tendências do padrão alimentar e nutricional da população, bem como de seus fatores determinantes, servindo de elo entre as três esferas governamentais, municipal, estadual e federal, focando de forma especial a atenção básica à saúde sob compromisso de sua universalização.

No âmbito da rede de serviços o sistema incorporava as rotinas de atendimento e monitoração do estado nutricional de cada usuário, visando assim, a detecção da situação de risco e prescrição de ações em prol da prevenção de seus efeitos e a garantia de reversão a um quadro de normalidade. Outra prioridade do sistema é o mapeamento das endemias carenciais, evidenciando sua distribuição espacial e indicando a magnitude da ocorrência da desnutrição energético-protéica, da anemia, da hipovitaminose A e da deficiência de iodo.

O SISVAN é, pois, por excelência, o suporte para o delineamento e ajuste de uma gama variada de programas, sendo um deles, o Programa Bolsa Família, objeto de análise neste trabalho. Ele opera como uma base de dados de atualização contínua, com análise sistemática de informações pertinentes à situação alimentar e nutricional do país e com efeito articulador entre informação, ação e avaliação de resultados (BRASIL/NUTRIÇÃO: 2004). Destaque-se, a propósito dos objetivos do SISVAN, o exposto abaixo, conforme FAO/UNICEF/WHO (1976, p. 9):

"1. Descrever o estado nutricional da população, com particular referência a subgrupos definidos que são identificados como estando sob risco. Isto permitirá a descrição do caráter e magnitude do problema nutricional e mudanças nestas características.

2. Prover informação que irá contribuir para a análise das causas e fatores associados e, então, permitir uma seleção de medidas preventivas, que poderão ser ou não nutricionais.

3. Promover decisões por parte dos governos relativas a prioridades e disponibilidade (uso) de recursos para satisfazer as necessidades tanto do desenvolvimento normal quanto de emergências.

4. Permitir predições a serem feitas com base nas tendências atuais a fim de indicar a evolução provável dos problemas nutricionais. Consideradas em associação com as medidas e recursos existentes e potenciais, estas irão ajudar na formulação de políticas.

5. Monitorar programas nutricionais e avaliar sua efetividade."

Sua implantação propiciou debates sobre a problematização da fome e desnutrição no Brasil, ampliando a percepção já existente de que algumas regiões do país padecem de forma mais grave do problema da fome, com destaque para o Norte e Nordeste (CASTRO: 2005). Todavia, o sistema contribuiu para se evidenciar que, na atualidade, o país não conta com uma área especificamente demarcada pela questão da desigualdade relacionada à fome, mas, sim, com a descentralização das áreas de foco de fome e desnutrição, para diversas outras regiões do país, entre elas Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

A mudança nos parâmetros da *geografia* da fome no país se relaciona à questão dos movimentos migratórios, onde a população mais castigada pela seca e pela fome migrava para outras regiões, predominantemente Sudeste e Centro-Oeste, em busca de opções de sobrevivência. Como sabido, até o início da década de 70 estas regiões não denotavam grau tão elevado de pauperização *vis-à-vis* sua evolução futura. Seria o caso de estados como Rio de Janeiro e São Paulo, receptores de milhões de nordestinos que migraram nos anos 70 e 80 em busca de melhores oportunidades sócio-econômicas e, principalmente, para superar o quadro de seca e fome marcante de suas vidas por anos a fio.

Conforme apresentado no Manual do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL: 2004), a exclusão social no Brasil pode ser representada pelos contingentes de população marcados pela fome, diagnosticados pelos bolsões de pobreza evidentes em baixos níveis econômicos, educacionais e de desenvolvimento. As desigualdades relativas à distribuição de renda encontram-se na raiz da dificuldade de acesso aos alimentos em quantidade e qualidade adequada, alterando antigos padrões nutricionais no país.

De fato, levando-se em conta parâmetros nutricionais de uma população, é observável que os padrões alimentares vêm se alterando ao longo dos anos, com prevalência no fator desnutrição², sobrepeso³ e obesidade⁴, deixando a descoberto o perfil de uma população que se alimenta mais para saciar a fome, do que para ingerir micro nutrientes, notadamente vitaminas e sais minerais, necessários ao bom funcionamento do organismo humano.

Essa baixa nutricional acarreta aumento significativo de doenças relacionadas à alimentação inadequada, gerando um batalhão de futuros hipertensos, diabéticos, cardíacos ou mesmo anêmicos e desnutridos. Tal situação expõe a sociedade a um quadro grave de desequilíbrios, com implicações de monta em nível das políticas públicas. Seus impactos negativos nas políticas de saúde coletiva se evidenciam no albergamento no sistema de milhares de doentes sistêmicos, em decorrência da falta de alimentação adequada e da reduzida qualidade de vida da população (LESSA, 1993). Notadamente, a baixa qualidade nutricional impossibilita o cumprimento de um direito fundamental consagrado na Carta dos Direitos Universais, prejudicando o ser humano em si e onerando os cofres públicos pela via de sobrecarga sobre os atendimentos do Sistema Único de Saúde - SUS.

O Ministério da Saúde, pela mediação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, propicia aos gestores municipais a possibilidade de maior conhecimento da situação protéico-nutricional de suas respectivas populações. Esse sistema atua através da coleta de dados nutricionais dos indivíduos, transformando-os em informações passíveis de utilização com vistas ao delineamento de políticas públicas sociais de combate às carências e deficiências nutricionais. O SISVAN consiste, pois, em *“um sistema de informação cujo objetivo é conferir a necessária racionalidade como base de decisões, podendo também avaliar a eficiência e a eficácia das intervenções implementadas”* (BRASIL, Manual SISVAN, MS, 2004).

Conforme o Manual do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, no plano individual o estado nutricional é o resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais e pode ter três tipos de

² *“Estima-se que, no mundo em desenvolvimento, 174 milhões de crianças menores de cinco anos têm desnutrição indicada pelo baixo peso para a idade e 230 milhões, pela baixa estatura para a idade. Reconhece-se que 6,6 milhões dos 12,2 milhões de mortes entre crianças menores de cinco anos, ou seja, 55% das mortes infantis em países em desenvolvimento, estão associadas à desnutrição. Além do sofrimento humano, a perda em termos de potencial humano traduz-se em custos sociais e econômicos que nenhum país pode sustentar. Cerca de 800 milhões de pessoas ainda não podem suprir suas necessidades básicas de energia e proteína, mais de 2 bilhões de pessoas carecem de micronutrientes essenciais, e milhões sofrem de doenças causadas por falta de higiene dos alimentos e ingestão alimentar desequilibrada. A desnutrição é evitável e, principalmente, pode ser facilmente tratada. Os ganhos obtidos com o tratamento e a erradicação da desnutrição em termos de progresso, produtividade, bem-estar e felicidade são incalculáveis, tanto a nível das esferas governamentais quanto à nível familiar. Para que isso aconteça, é importante a mobilização conjunta de governos, organizações da sociedade civil e universidades. A desnutrição energético-protéica é uma síndrome que compreende uma série de doenças, cada uma das quais tem uma causa específica relacionada com um ou mais nutrientes (por exemplo, proteínas, iodo ou cálcio) e se caracteriza pela existência de um desequilíbrio celular entre o fornecimento de nutrientes e energia por um lado, e por outro, a demanda corporal para assegurar o crescimento, manutenção e funções específicas. Ocorre mais facilmente em crianças em fase de amamentação, e menores de 5 anos. A desnutrição é uma síndrome multifatorial que tem como causas diversos fatores, normalmente associados à pobreza e a falta de alimentos dela decorrente. Está relacionada à falta de condições mínimas de existência”* (<http://www.desnutricao.org.br/home.htm>).

³ Sobrepeso é quando o Índice de Massa Corporal (IMC) está entre 25 e 30. Para que a pessoa seja considerada obesa, o IMC deve estar acima dos 30. O resultado é obtido pela divisão do peso pela altura ao quadrado. O IMC normal é o que aponta resultados entre 18 e 25 (www.faperj.br/boletim) O sobrepeso em crianças, conforme o Ministério da Saúde, é medido avaliando a linha da normalidade constante na tabela NCHS – *National Center Health's Statistics*, ou melhor, o peso que se encontra acima da linha do percentil 97. (www.sisvan.gov.br/manual)

⁴ *“A obesidade representa um problema caracterizado por um excessivo acúmulo de gordura nos tecidos. Se trata de um distúrbio que, além dos problemas de natureza estética e psicológica, constitui um importante risco para a saúde, e quando não corrigido, danifica o coração, as artérias (sobretudo as coronárias), o fígado, as articulações, o sistema endócrino. Uma pessoa pode ser definida como obesa quando o seu peso corpóreo supera 20% do peso considerado ideal”* (<http://www.virilplant.com/obesidade>).

manifestações: normalidade nutricional, carência nutricional e distúrbios nutricionais⁵, entre estas o sobrepeso e a obesidade.

Para a vigilância do estado nutricional utiliza-se o método antropométrico, pelo qual se avalia o melhor indicador para grupos populacionais, com base em variações físicas e na composição corporal global, tendo aplicação em todos os níveis de vida e classificando os indivíduos/grupos conforme o estado nutricional, em nível individual ou até mesmo global⁶. Os dados coletados pelo SISVAN originam-se de avaliações de peso, altura e idade de crianças, jovens, adultos e idosos pelas Unidades de Saúde pública e, atualmente, também pelas Unidades Básicas de Saúde da Família, do Programa Saúde da Família. Estas informações servem para monitorar os programas de intervenção nas áreas de alimentação e nutrição.

Com base nestas informações é que se operacionaliza o Programa Bolsa Família, abrangendo famílias com renda per capita de até R\$120,00. Estas devem ser permanentemente monitoradas em seu estado nutricional, com avaliação de peso/altura/idade, através das Unidades Básicas de Saúde pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) dos municípios cadastrados no programa, com vistas à avaliação do impacto do programa em nível federal, estadual e municipal e para se garantir o repasse mensal de verba referente a cada família beneficiada.

2. O Programa Bolsa Família

Os problemas de saúde decorrentes de uma dieta inadequada ao longo da vida são tão graves quanto aqueles ocasionados pela falta de acesso aos alimentos. Fundando-se nesta afirmativa, o Programa Fome Zero (PFZ) surge em 2003 com o desafio de identificar as carências alimentares e nutricionais da população, com o fito de garantir-lhes, concomitantemente, o direito à alimentação. Seu objetivo foi apresentar uma política nacional de segurança alimentar e combate à fome no país, trabalhando com a *"promoção do alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família; reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de Saúde e Educação, por meio do cumprimento das condicionalidades, o que contribui para que as famílias consigam romper o ciclo da pobreza entre gerações; e a coordenação de programas complementares, que têm por objetivo o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários do Bolsa Família consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza. São exemplos de programas complementares: programas de geração de trabalho e renda, de alfabetização de adultos, de fornecimento de registro civil e demais documentos. (BRASIL, Cartilha do Programa Fome Zero, 2003)*

Conforme o manual do programa, seria de 44 milhões o contingente de brasileiros em situação de fome e cerca de 10 milhões de famílias em estado de carência alimentar (MDS, 2003), sendo que este diagnóstico não se apresentaria em função de eventual falta de alimento, mas sim devido à falta de renda disponível para adquiri-lo em quantidade e qualidade nutricional adequadas. Em essência, a segurança alimentar da população implica na garantia de que todas as famílias tenham condições de se alimentar condignamente, com regularidade, quantidade e qualidade necessárias à manutenção da saúde física e mental (Cartilha Fome Zero, 2003).

Construir ações para atacar a fome de forma objetiva contribui diretamente para se combater doenças, com implicações em termos de menores gastos com remédios, médicos e hospitais. De modo idêntico, cumpriria investir no incremento da produção de alimentos, alargando possibilidades de se fazer chegar à mesa das pessoas maior quantidade de alimentos, garantindo também a formação de novas frentes de trabalhos, influenciando positivamente no processo de geração de empregos e diminuindo a taxa de desemprego (BRASIL, Cartilha Programa Fome Zero, 2003).

⁵ O estado nutricional pode ser expresso dentro de três modalidades de manifestações orgânicas: normalidade nutricional - equilíbrio entre consumo e necessidades nutricionais; carência nutricional - insuficiência quantitativa e/ou qualitativa de consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais; distúrbio nutricional - excesso ou desequilíbrio no consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais (Vasconcelos, 2000). É considerado inadequado quando os indicadores adotados para sua avaliação estão acima ou abaixo dos limites da normalidade, limites esses baseados em populações saudáveis (<http://www.nutricaoempauta.com.br>).

⁶Manual do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN – Ministério da Saúde, Brasil, 2004.

Através do PFZ, coube a cada estado e município instalar um Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEAs locais – a fim de orientar a implantação de programas e medidas sociais voltados para a questão alimentar e nutricional, elaborando-se diretrizes e prioridades com participação das instâncias de estado, municípios e sociedade civil.

Sinteticamente, um dos objetivos principais do PFZ é evidenciar que não adianta criar programas meramente com função de distribuição de alimentos à população carente, mas sim, atacar a questão da falta de alimentos em sua forma estrutural e organizacional. “*É preciso dar o peixe e ensinar a pescar*”, ou seja, criar frentes de emprego, prioritariamente nas regiões mais carentes e investir na melhoria das condições sócio-econômicas da população. Investir em educação, saúde e na política salarial, objetivando aumentos reais de salário. Criar condições para que a população passe a se auto-sustentar futuramente; garantir alimentação sadia e suficiente e acabar de vez com a exclusão social.

O Bolsa Família, em cada município inscrito, funciona através do repasse de verbas destinadas a apoiar o sistema de saúde local, cumprindo o Índice de Gestão Descentralizada (IGD) – criado pela Portaria GM/MDS nº 148, de 27 de abril de 2006 – o papel de qualificar a gestão municipal do Programa. Com base nesse indicador o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) repassa mensalmente recursos ao município: quanto maior o valor do IGD, maior será o valor do recurso transferido, representando o resultado da multiplicação do seu IGD pelo valor de referência de R\$ 2,50 (dois reais e cinquenta centavos) e da multiplicação deste primeiro produto pelo número de beneficiários do Programa Bolsa Família no município.

Para receber os recursos financeiros do IGD, o município deve cumprir três condições:

- aderir ao Programa Bolsa Família, nos termos da Portaria MDS/GM nº 246/06;
- habilitar-se na gestão da Assistência Social; e
- atingir pelo menos 0,4 no valor do IGD.

Conforme o Quadro 1, o Índice de Gestão Descentralizada – IGD é calculado a partir de quatro variáveis representativas, cada uma, de 25% do seu valor total, sendo elas:

- A qualidade e a integridade das informações constantes no Cadastro Único;
- A atualização da base de dados do Cadastro Único;
- As informações sobre o cumprimento das condicionalidades da área de educação;
- As informações sobre o cumprimento das condicionalidades da área de saúde.

Quadro 1 – Índice de Gestão Descentralizada – IGD, município de Uberlândia - Minas Gerais, Novembro/2007, Brasil.

Índice de Validade dos Cadastros	0,70
Índice de Atualização de Cadastro	0,89
Índice de Condicionalidade de Educação	1,00
Índice de Condicionalidade de Saúde	0,41
IGD - Índice de Gestão Descentralizada no Mês	0,76
Recursos Transferidos no Mês para Apoio à Gestão (R\$)	33.956,80
Teto de Recursos para Apoio à Gestão (R\$)	44.680,00

FONTE: <http://www.mds.gov.br>, acesso em 20/02/2008.

O Programa trabalha com o cumprimento de condicionalidades,⁷ onde cada família se compromete a manter suas crianças e adolescentes em idade escolar em situação de assiduidade à

⁷O acompanhamento das condicionalidades da saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, que tenham crianças até sete anos e gestantes é compromisso do Ministério da Saúde e atribuição compartilhada com os gestores estaduais e municipais do SUS. O cumprimento do calendário de vacinação e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, o seguimento do calendário de consultas de pré-natal da gestante e da assistência pós-parto, e a avaliação do estado nutricional das famílias, são definidas como condicionalidades do programa e devem ser registradas individualmente, a cada semestre no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Nota Técnica elaborada em 29.01.07 – CGPAN/DAB/SAS. (www.saude.gov.br/nutricao).

escola, cumprindo ademais os cuidados básicos em saúde sob o pressuposto de que saúde e educação são elementos importantes para o futuro de gestantes, crianças, adolescentes e para a família em geral. Cada família deve também comparecer a uma unidade de saúde cadastrada no programa, para que seja realizada avaliação de peso/ altura/ idade dos beneficiários. O cumprimento de tais condicionalidades garante a permanência e o direito de recebimento mensal do subsídio governamental, o que propiciaria ao gestor público manter coeso o elo de acesso dos cidadãos aos direitos sociais básicos, em especial àqueles relativos à saúde e à educação.

2.1. O BOLSA FAMÍLIA NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA-MG

No ano de 2000, Minas Gerais apresentava população total referente a 17.891.494 habitantes, sendo 8.851.587 homens e 9.039.907 mulheres. Já em 2007, o estado conta com 20.595.499 habitantes, mais que o estado de Nova York, nos Estados Unidos. Como todos os demais estados da região sudeste do Brasil, nos anos 60 e 80 o estado apresentou elevada taxa de urbanização, com importantes implicações em relação ao acesso universal à infra-estrutura urbana.

Sua cidade mais populosa, Belo Horizonte, detém 2,5 milhões de habitantes no entorno da cidade e quase 5 milhões na região metropolitana, marca que a coloca como segunda cidade em tamanho e importância no país, bem como uma das maiores metrópoles da América do Sul. No âmbito das cidades mais populosas do estado destacam-se: Uberlândia, atualmente com 620.042 habitantes; Contagem com 600.316 habitantes (esta situada na região metropolitana de Belo Horizonte); Juiz de Fora com 509.125 mil habitantes. Além destas, Minas Gerais conta com outras 25 cidades com mais de cem mil habitantes, destacando-se, Ipatinga com 236.463 mil habitantes e Itabira com 107.721 mil habitantes. (BRASIL, Datasus/ TabWin, 2007).

Uberlândia ocupa o 4º lugar em arrecadação de tributos do estado (UBERLÂNDIA, SMF, 2004), sendo considerada a 65ª melhor cidade brasileira para se viver e a 5ª em Minas Gerais, para se realizar negócios (CAIXETA, 2001). Conforme dados coletados através da Fundação Getúlio Vargas no Mapa de Ativos de Minas Gerais, 2001, o município de Uberlândia conta ainda com pleno acesso a abastecimento de água (99,60%), esgoto (95,80%), luz elétrica (99,74%) e coleta de lixo (94,29%) dos habitantes do município, sendo que em Minas Gerais, respectivamente pontua 87,80%, 66,05%, 93,35% e 71,47%.

Em relação ao IDH - Índice de Desenvolvimento Humano, adotado pela Organização das Nações Unidas (ONU), Uberlândia ocupa o 135º lugar entre os municípios brasileiros e a 7ª posição no Estado de Minas Gerais (BRASIL, PNUD, 2003). A cidade vem mostrando números expressivos que a colocam, desde a década de 80, entre as melhores cidades do Estado de Minas Gerais e do Brasil em qualidade de vida, com implicações na atração de milhares de pessoas ano após ano.

Em pesquisa realizada em 2001 (UFU/CEPES, 2001) sobre as condições sócio-econômicas de famílias uberlandenses, foi detectado que 43,3% da população situava-se abaixo da linha de pobreza, com renda mensal per capita de R\$ 60,01 a R\$ 120,00, sendo que 10,7% encontrava-se em condições de extrema miséria ou indigência e extrema pobreza, com renda mensal por pessoa de até R\$60,00.

Conforme a pesquisa, 194.886 pessoas, ou 43.381 famílias, contavam com uma situação econômica não suficiente para cobrir os gastos mínimos de manutenção da vida humana com alimentação, moradia e transporte e, 49.800 pessoas, cerca de 12.101 famílias, não dispunham de rendimento suficiente para adquirir uma cesta básica alimentar, representando a cobertura dos requisitos de ingestão de 2.242 Kcal/dia⁸, inserindo-se, pois, num quadro flagrante de pobreza ou indigência.

Os resultados desta pesquisa causaram furor entre as elites locais à época, quando se indicou a existência de significativa parcela da população, algo como 54,0%, em situação de risco

⁸Índice calórico/dia recomendado pela FAO/OMS, para que sejam repostos os nutrientes necessários ao organismo humano.

nutricional (CEPES/UFU, 2001), sinalizando-se significativo índice de insegurança alimentar e nutricional no município. Especialmente no decurso dos últimos 30 anos, o discurso hegemônico em Uberlândia marcou-se por traços de extremo ufanismo, com a pregação da pujança social e econômica que caracterizaria o município e, até, sua imunidade frente à crise da economia brasileira ao longo do período.

Diversos estudos demonstram que a dificuldade de acesso, ao longo dos anos, a uma alimentação balanceada, rica em proteínas, carboidratos de boa qualidade, vitaminas, ferro e sais minerais, tem conseqüências no estado geral de saúde dos indivíduos e da população em geral, notadamente quanto ao ganho de peso durante a gestação e, posteriormente no peso ao nascer. A falta dos nutrientes necessários à sobrevivência humana, desde o desenvolvimento fetal, terá influência decisiva no perfil nutricional da população adulta, seja como sobrepeso, desnutrição, condição de normalidade, ou nas doenças degenerativas como o diabetes, a hipertensão, a obesidade e as dislipidemias⁹.

A rede municipal de saúde do município de Uberlândia conta no presente com 08 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 01 Centro de Saúde Escola¹⁰ (CSE), 7 Unidades de Atendimento Integrado (UAI), que funcionam 24 horas como mini-hospitais, com atendimento ambulatorial e urgência/emergência e 41¹¹ Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) distribuídas, desde 1998, em 5 Distritos Sanitários – Norte, Sul, Leste, Oeste e Central – com prioridade ao atendimento das camadas mais carentes da população.

O acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família é feito através destas unidades de saúde, com cuidados de pesagem e aferição da altura dos beneficiários de cada família, conforme o calendário de condicionalidades do Ministério da Saúde. Os dados colhidos são anotados em Mapa de Acompanhamento do Programa Bolsa Família, para posterior encaminhamento à Secretaria Municipal de Saúde e inserção no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). A metodologia utilizada para a aferição das variáveis antropométricas para cálculo do IMC refere-se a:

- **PESO:** Medido em quilogramas. Utilizando-se balança mecânica de plataforma, com capacidade de 150 quilogramas e sensibilidade de 100 gramas. Os beneficiários usam roupas leves (sem casacos ou paletós) e devem estar descalços.

- **ALTURA:** Medida em centímetros, na própria balança mecânica de plataforma. Os beneficiários devem permanecer descalços, em posição ereta, com o olhar voltado à frente.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é calculado pelo SISVAN, conforme a classificação constante no quadro 2 a seguir:

⁹ Designam-se dislipidemias as alterações metabólicas lipídicas decorrentes de distúrbios em qualquer fase do metabolismo lipídico, que ocasionem repercussão nos níveis séricos das lipoproteínas. São alterações da concentração de lipídeos no sangue. Os lipídeos são responsáveis por várias funções (produção e armazenamento de energia, absorção de vitaminas, etc.), mas o excesso está relacionado à aterosclerose. Este processo ocorre em vasos onde há instalação de lesões em forma de placas, causando obstrução ao fluxo sanguíneo. (www.farmalabchiesi.com.br)

¹⁰ CSE Jaraguá, desde a década de 90, funciona como uma unidade de saúde, com atendimento ambulatorial através de uma parceria entre Universidade Federal de Uberlândia e Secretaria Municipal de Saúde.

¹¹ O Programa Saúde da Família - PSF, no município de Uberlândia, desde sua implantação, no ano de 1998, atua nas áreas onde a população carente mais evidentemente se delinea, famílias estas que apresentam um menor percentual de renda no município. As 41 unidades de saúde, situam-se nos núcleos Morumbi, Pampulha e Planalto; respectivamente Distrito Sanitário Leste, Sul e Oeste. No final do ano de 2006, duas novas unidades de PSF foram instaladas no bairro Maravilha e São José, onde foi apontado um alto índice de pobreza, conforme levantamento realizado pela Secretaria Municipal de Saúde ainda no ano de 2005.

Quadro 2: Classificação Índice de Massa Corporal – IMC.

I.M.C.	Condição
Menor que 18,5	Baixo peso
De 18,5 a 24,99	Normal
De 25,0 a 29,99	Sobrepeso
De 30,0 a 34,99	Obesidade leve
De 30,0 a 39,99	Obesidade moderada
Maior ou igual a 40	Obesidade severa

Fonte: SISVAN/Ministério da Saúde, 2004.

Feitos os registros de acompanhamento e organização dos mesmos pela Secretaria Municipal de Saúde, os dados são transferidos via internet para o DATASUS¹², sendo os relatórios estatísticos disponibilizados aos municípios no final de cada vigência¹³, sendo esta semestral.

Dessa forma é possível verificar a eficácia das medidas adotadas para o bom funcionamento do programa, assim como o estado da população beneficiada em relação aos padrões nutricionais exigidos pelo Ministério da Saúde. Com essa mudança no repasse das informações para o Ministério da Saúde foi possível, pela primeira vez desde a criação do SISVAN, reunir um volume de informações desta magnitude, demonstrando-se a capacidade de resposta das unidades básicas de saúde em todo o país na realização das ações de vigilância nutricional.

Destarte, a partir das informações coletadas nos serviços de saúde, foi criada uma das linhas de base para avaliação sistemática do impacto gerado sobre o estado nutricional dos beneficiários, a médio e longo prazo (BRASIL, CGPAN/DAB/SAS, Nota Técnica, 2007). O período de vigência para acompanhamento das famílias foi dividido em dois, indo o primeiro de janeiro a julho e, o segundo, de agosto a dezembro de cada ano.

Tabela 1 - Famílias acompanhadas pelo município de Uberlândia 2005-2007.

PERÍODO	Nº DE FAMÍLIAS A SEREM ACOMPANHADAS	Nº DE FAMÍLIAS ACOMPANHADAS	PERCENTUAL DE ACOMPANHAMENTO
1º Semestre de 2005	10.955	0	0%
2º Semestre de 2005	11.048	1.034	9,36%
1º Semestre de 2006	13.324	4.024	30,20%
2º Semestre de 2006	16.206	6.488	40,03%
1º Semestre de 2007	17.654	7.178	40,65%
2º Semestre de 2007	17.468	6.189	35,43%

Fonte: <http://sisvan.datasus.gov.br/>, acesso em 23/01/2008.

Tabela 2: Acompanhamento do estado nutricional de beneficiários do Programa Bolsa Família - Município de Uberlândia 2005-2007.

PERÍODO	Nº DE PESSOAS A SEREM ACOMPANHADAS	Nº DE PESSOAS ACOMPANHADAS	PERCENTUAL DE ACOMPANHAMENTO
1º Semestre de 2005	21.675	0	0
2º Semestre de 2005	21.609	Não disponível	Não disponível
1º Semestre de 2006	25.729	Não disponível	Não disponível
2º Semestre de 2006	32.862	10.730	32,65%
1º Semestre de 2007	39.858	13.638	34,21%
2º Semestre de 2007	39.119	12.684	32,42%

Fonte: <http://sisvan.datasus.gov.br/>, acesso em 23/01/2008.

¹²www.sisvan.datasus.gov.br

¹³No segundo semestre de 2006, para aperfeiçoar a coleta de informações do sistema, foi disponibilizado aos municípios, no próprio módulo de gestão do SISVAN, a opção de inserir on-line, de forma não obrigatória, os dados de peso e altura com vistas ao efetivo monitoramento nutricional dos beneficiários. Foram recebidos 3,7 milhões de registros de estado nutricional. Este número corresponde à avaliação nutricional de 1.501.537 crianças, 1.446.348 mulheres adultas, 766.562 adolescentes e 9.769 gestantes. Nota Técnica elaborada em 29.01.07 – CGPAN/DAB/SAS. (www.saude.gov.br/nutricao).

Os resultados frente ao desempenho do acompanhamento das 17.468 famílias cadastradas no Programa Bolsa Família, no 2º semestre de 2007, somam 10.660 (60,92%) famílias inscritas e vinculadas às unidades de saúde; deste total, 6.189 (35,43% do total de famílias) foram acompanhadas. Os resultados específicos conforme os cinco distritos em que se subdivide o município de Uberlândia podem ser detalhados nas tabelas de nosso Anexo Estatístico.

Conforme dados do Ministério da Saúde, coletados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN/TABNET e demonstrados na Tabela 3 abaixo, o município de Uberlândia ocupou, no 2º semestre de 2006, o primeiro lugar em acompanhamento do Programa Bolsa Família em Minas Gerais (BRASIL, Datasus/Sisvan/Bolsa Família/TabNet, 2006): qual seja, foi apresentando um percentual de 65,85% de acompanhamento, seguido por Contagem, 56,04%.

Destaque-se que um município da importância de Juiz de Fora, aparece nesta classificação apresentando um acompanhamento de 25,35% do PBF. Isso significa que sua posição no ranking foi a vigésima segunda (22ª). Esse dado é um indicador a mais da importância da classificação acima analisada de Uberlândia, já que é inevitável a comparação deste município com Juiz de Fora (BRASIL, Datasus/Sisvan/Bolsa Família/TabNet, 2007).

Sublinhe-se que, dentre as cidades mais populosas de Minas Gerais, Uberlândia foi a que mais se destacou nas ações do Bolsa Família na área da saúde, cuja finalidade, como visto, é pesar, medir e examinar os beneficiários, traçando o perfil diagnóstico de cada indivíduo constante no programa.

Tabela 3: Quantidade de famílias acompanhadas pelo Programa Bolsa Família – conforme municípios, no Estado de Minas Gerais, anos 2006 e 2007.

Ordem	2º semestre 2006		1º semestre 2007		2º semestre 2007	
	Município	Nº Famílias	Município	Nº Famílias	Município	Nº Famílias
1º	Uberlândia	10.671	Ribeirão das Neves	15.305	Ribeirão das Neves	14.140
2º	Contagem	9.028	Montes Claros	14.565	Uberlândia	12.684
3º	Santa Luzia	7.804	Contagem	13.983	Contagem	10.761
4º	Caratinga	7.376	Uberlândia	13.648	São Francisco	10.269
5º	Ipatinga	6.997	São Francisco	8.280	Ibirité	8.717
6º	Ibirité	6.271	Caratinga	8.193	Caratinga	8.448
7º	Patrocínio	5.590	Ipatinga	6.964	Juiz de Fora	8.443
8º	Divinópolis	5.239	Patrocínio	6.914	Ipatinga	7.209
9º	Diamantina	4.933	Pedra Azul	6.748	Patrocínio	6.481
10º	Araçuaí	4.645	Uberaba	6.455	Pedra Azul	6.213

Fonte: www.sisvan.datasus.gov.br/tabnet.

No 1º semestre de 2007 o município passou a ocupar o 4º lugar, representando uma queda no *ranking* mineiro, mas apresentando um aumento de 27,9% quanto ao número e famílias acompanhadas. Já no 2º semestre do mesmo ano, voltou a ocupar uma posição considerável, 2º lugar em famílias acompanhadas, mas com uma redução de 7,6% quanto ao número total de acompanhamentos pelo programa.

Estudos mostram que o índice peso por idade (peso/ idade) expressa a relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança, representando sua situação global quanto ao estado nutricional. Essa avaliação é adequada para o acompanhamento do crescimento infantil e reflete a situação global daquela criança, apesar de não diferenciar o comprometimento nutricional atual de um progresso, pois ambos caracterizam-se por déficit de peso.

A avaliação do índice peso/ idade, assim como os demais índices que se seguirão, peso/ altura e altura/ idade, é realizada mediante a classificação em relação a percentis de distribuição em uma população de referência, construída com crianças com desenvolvimento normal¹⁴, tendo como referência o padrão NCHS – *National Center Health of Statistics*, adotado

¹⁴ Crianças cujo peso por idade é inferior ao percentil 0,1 das curvas de crescimento de referência são classificadas como de muito baixo peso para idade e considera-se que aquelas com peso entre os percentis 0,1 e 3 apresentam baixo peso. Quando o peso

pelo Ministério da Saúde para acompanhamento do desenvolvimento de cada criança, utilizando o gráfico da curva NCHS registrado na Caderneta da Criança¹⁵ (BRASIL, MS/CGPAN/DAB/SAS-Nota Técnica, 2006).

A tabela 4 a seguir registra alguns índices alarmantes, tomando-se como referência a relação peso por idade: no 2º semestre de 2006, das 3.580 crianças menores de 7 anos acompanhadas pelo PBF e avaliadas pelas Unidades de Saúde da rede municipal, 13,49% apresentaram déficits nutricionais e 8,85% apresentaram distúrbios nutricionais. Já no 1º semestre de 2007, das 4.252 crianças acompanhadas pelo programa, 12,96% apresentaram déficits nutricionais e 8,35% distúrbios nutricionais. Por fim, no 2º semestre de 2007, das 3.860 crianças acompanhadas pelo Bolsa Família, 13,21% apresentaram déficits nutricionais e 7,77% distúrbios nutricionais.

Tabela 4: Estado Nutricional de crianças menores de sete anos beneficiárias do Programa Bolsa Família - acompanhamento peso/idade - Uberlândia, Minas Gerais, anos 2006 e 2007.

Uberlândia	Peso Muito Baixo < P0,1		Baixo Peso ≥ P0,1 e < P3		Risco Nutricional ≥ P3 e < P10		Normal / Eutrófico ≥ P10 e < P97		Risco de Sobrepeso		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2º semestre 2006	46	1,29	141	3,93	296	8,27	2.780	77,66	317	8,85	3.580
1º semestre 2007	33	0,78	161	3,79	357	8,39	3.346	78,69	355	8,35	4.252
2º semestre 2007	39	1,01	161	4,17	310	8,03	3.050	79,02	300	7,77	3.860

Fonte: www.sisvan.datasus.gov.br/tabnet.

No geral, em relação ao parâmetro peso/ idade, pode-se verificar que a parcela de crianças que apresentaram déficit nutricional (Peso Muito Baixo: < P0,1; Baixo Peso: ≥ P0,1 e < P3; Risco Nutricional: ≥ P3 e < P10 – conforme Curva NCHS), que representa risco de desnutrição apresenta-se quase que inalterada se compararmos o 2º semestre de 2006 em relação ao 2º semestre de 2007, mesmo que tenha apresentado uma pequena tendência a queda no 1º semestre de 2007.

Já em relação ao distúrbio nutricional (percentil 97 da Curva NCHS), onde a criança apresenta um estado acima de seu peso considerado normal, predispondo uma tendência ao sobrepeso, pode-se observar uma queda discreta de 0,5% se comparado o 2º semestre de 2006 com o 1º semestre de 2007, e uma queda de 1,08%, comparando-se o 2º semestre de 2006 em relação ao 2º semestre de 2007. Esta situação apresenta-se como uma tendência a queda do risco de chegar a idade adulta apresentando traços favoráveis ao desenvolvimento da obesidade.

De qualquer forma, fica evidenciado pela análise da tabela 4 que as ações do PBF estão sendo favoráveis para atingir a parcela de crianças com distúrbios nutricionais combatendo, mesmo que discretamente, o estado de sobrepeso e/ou a propensão a se tornarem adolescentes predispostos à obesidade quando alcançarem a fase adulta. Evitar-se-ia, assim, futuramente, problemas relacionados com a hipertensão arterial, problemas cárdio-vasculares, predisposição ao diabetes, problemas nas articulações, anemias, dislipidemias, entres outros fatores agravantes à saúde, mas estas mesmas ações não estão sendo efetivas no sentido de atingir o percentual das crianças que apresenta déficits nutricionais, o que denota a não absorção dos micronutrientes necessários para o pleno desenvolvimento.

Na tabela 5 a seguir apontamos estatísticas referentes ao estado nutricional de crianças menores de 7 anos, conforme a relação peso/ altura, sendo que, no 2º semestre de 2006, das

encontra-se entre os percentis 3 e 10, a criança é classificada como em risco nutricional. O risco de sobrepeso é identificado quando o peso da criança encontra-se acima do percentil 97 das curvas de peso para idade (www.sisvan.datasus.gov.br/nutrição/noticias.html).

¹⁵ Cada criança ao nascer, recebe uma Caderneta da Criança, onde serão anotados dados vacinais e dados referentes à avaliação do desenvolvimento em relação ao peso, altura e idade, levando-se em consideração o padrão NCHS – National Center Health of Statistic, adotado pelo Ministério da Saúde (www.sisvan.datasus.gov.br/nutrição/noticias.html).

3.580 crianças menores de 7 anos acompanhadas pelo PBF e avaliadas pelas Unidades de Saúde da rede municipal, 10,62% apresentaram déficits nutricionais e 8,49% apresentaram distúrbios nutricionais. No 1º semestre de 2007, das 4.252 crianças acompanhadas pelo programa, 11,26% das mesmas apresentaram déficits nutricionais e 8,52% distúrbios nutricionais, enquanto que no 2º semestre daquele ano, das 3.860 crianças acompanhadas pelo Bolsa Família, 10,26% apresentaram déficits nutricionais e 8,96% distúrbios nutricionais.

Tabela 5: Estado Nutricional de crianças menores de sete anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família - acompanhamento por peso/altura - Uberlândia, Minas Gerais, anos 2006 e 2007.

Uberlândia	Baixo Peso por Altura < P3		Risco de Baixo Peso por Altura ≥ P3 e < P10		Normal / Eutrófico ≥ P10 e < P97		Risco de Sobrepeso ≥ 97		Sem Parâmetro		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2º semestre 2006	190	5,31	190	5,31	2.762	77,15	304	8,49	134	3,74	3.580
1º semestre 2007	217	5,10	262	6,16	3.336	78,46	362	8,52	75	1,76	4.252
2º semestre 2007	170	4,40	226	5,86	3.058	79,23	346	8,96	60	1,55	3.860

Fonte: www.sisvan.datasus.gov.br/tabnet.

Caberia anotar que o índice peso/ altura expressa o equilíbrio entre as dimensões de massa corporal e estatura de crianças, sendo considerado um indicador sensível para se aferir o risco de sobrepeso entre crianças. Este é identificado quando o índice peso/ altura supera o percentil 97 das curvas de referência. Como sabido, nesta faixa etária a demanda energética é muito alta; com a ingestão de calorias e/ou nutrientes em menor quantidade do que o padrão normal preconizado pela FAO (para a faixa etária em questão), a economia energética utilizada pelo organismo torna-se um mecanismo de defesa para que o mesmo possa funcionar com a ingestão de menor quantidade de calorias, como se tivesse ingerido a quantidade ideal.

Desafortunadamente, no futuro essa geração tenderá a sofrer considerável distúrbio nutricional, alargando a parcela de adolescentes em sobrepeso e adultos obesos. O organismo acostuma-se com a ingestão de alimentos em baixa quantidade de calorias e nutrientes e, os elementos ingeridos a mais, ficarão acumulados, guardados como meio de defesa para possível falta (BRASIL, MS/CGPAN/DAB/SAS- Nota Técnica, 2006).

Como pode ser observado na Tabela 6 a seguir, em relação ao peso x altura das crianças menores de 7 anos acompanhadas pelo PBF e avaliadas pela rede municipal de saúde de Uberlândia, nos três períodos de vigência do Bolsa Família, houve um crescimento da tendência à desnutrição infantil, pelos índices de déficits nutricionais. Quanto ao déficit nutricional, se comparado o 2º semestre de 2006 e o 1º semestre de 2007, visualiza-se uma tendência ao crescimento das taxas referentes a predisposição ao sobrepeso, mas comparando-se os dois períodos de vigência do programa em 2007, esta tendência mostra uma queda. Esse quadro fica praticamente inalterado, se comparamos o 2º período de vigência de 2006, com o 2º período de 2007.

O índice altura/ idade expressa o crescimento linear de crianças e corresponde ao dado que melhor representa o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança. É considerado como o índice mais sensível para aferir a qualidade de vida da população infantil. Reflete a acumulação dos problemas sócio-econômicos, sanitários e nutricionais da qual aquela criança é exposta. A detecção do crescimento é um indicador do risco e como tem estreita correlação com a situação sócio-econômica, reflete o nível geral de desenvolvimento. Este índice é utilizado como referência para avaliação do impacto nutricional em programas de transferência de renda (RIVERA et al.).

Tabela 6: Estado Nutricional de crianças menores de sete anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família - acompanhamento por altura/idade - Uberlândia, Minas Gerais, anos 2006 e 2007.

Uberlândia	Baixa Estatura < P3		Risco Baixa Estatura < P10		Normal / Eutrófico ≥ P10 e < P97		Risco de Sobrepeso ≥ 97		Sem parâmetro		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2º semestre 2006	323	9,02	308	8,60	2.568	71,73	265	7,40	116	3,25	3.580
1º semestre 2007	330	7,76	344	8,09	3.262	76,72	267	6,28	49	1,15	4.252
2º semestre 2007	293	7,59	324	8,39	2.992	77,51	202	5,24	49	1,27	3.860

Fonte: www.sisvan.datasus.gov.br/tabnet.

Em seqüência, ainda conforme dados da Tabela 6, no 2º semestre de 2006, das 3.580 crianças menores de 7 anos, acompanhadas pelo Programa Bolsa Família - PBF e avaliadas pelas Unidades de Saúde da rede municipal, conforme a relação peso por altura, 17,62% apresentaram déficits nutricionais e 7,40% apresentaram distúrbios nutricionais. No 1º semestre de 2007, das 4.252 crianças acompanhadas pelo programa 15,85% apresentaram déficits nutricionais e 6,28% distúrbios nutricionais. Já no 2º semestre de 2007, das 3.860 crianças acompanhadas pelo Bolsa Família, 15,98% apresentaram déficits nutricionais e 5,24% distúrbios nutricionais.

No município de Uberlândia, entre os dados levantados através do SISVAN em relação às crianças menores de 7 anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família e avaliadas na rede pública municipal, nos 3 períodos de vigência do programa, evidencia-se uma queda no percentual quando avaliado o déficit de altura para idade. Esses dados indicam uma melhoria no estado nutricional que desencadeia uma condição de desnutrição pregressa ou crônica, ou seja, mostra um acúmulo considerável de perda de altura ao longo dos anos, causada pela ingestão deficitária de nutrientes em quantidades e qualidades necessárias ao bom desenvolvimento de toda criança em fase de crescimento.

Pode-se também perceber que houve uma queda de 1,43% ao analisarmos o 2º período de vigência do programa em 2006 e o 2º período de vigência de 2007, representando uma diminuição da parcela de crianças em condição de baixa estatura levando tomando por base a Curva NCHS adotada pelo Ministério da Saúde e uma queda de 2,16% do percentual das crianças que se encontram em estado de distúrbio nutricional, ou seja, em sobrepeso, predispondo a obesidade na fase adulta. A queda referente ao risco de distúrbio nutricional, reflete uma situação positiva quando a uma possibilidade na mudança nos hábitos alimentares, dando prioridade ao consumo de alimentos que contribuirão para o desenvolvimento saudável da criança, dentro dos padrões esperados de normalidade.

Na tabela 7 abaixo, o universo das adolescentes entre a faixa etária de 10 a 19 anos, acompanhadas pelo Programa Bolsa Família e avaliadas pelas unidades de saúde do município de Uberlândia, evidencia que a questão do déficit nutricional, baixo peso, permaneceu quase inalterada nos três períodos de vigência do Programa Bolsa Família.

Já em relação ao distúrbio nutricional, houve uma tendência de aumento gradativo no período especificado, apontando para o risco de sobrepeso para esta faixa etária em questão, culminado futuramente, para a propensão à obesidade na fase adulta. Caso não haja um controle alimentar rápido e efetivo, que garanta a ingestão dos alimentos em quantidade e qualidade adequadas à esta fase de vida específica, certamente esta parcela de adolescentes tenderá ao sobrepeso e/ou terão problemas com a obesidade e os males a ela relacionados. Nunca será demais sublinhar a importância de práticas alimentares saudáveis, com o fito de se evitar a ingestão de alimentos com alto teor calórico, mas com baixo teor nutricional.

Tabela 7: Estado Nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família - acompanhamento por adolescente segundo município de Uberlândia, Minas Gerais, anos 2006 e 2007.

Uberlândia	Baixo Peso < P5		Normal ≥ P5 e < 85		Risco de Sobrepeso ≥ 85		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2º semestre 2006	140	5,12	2.105	77,02	488	17,86	2.733
1º semestre 2007	219	6,33	2.667	77,10	573	16,57	3.459
2º semestre 2007	178	5,43	2.497	76,19	602	18,38	3.277

Fonte: www.sisvan.datasus.gov.br/tabnet.

Em seguida, o que se pode evidenciar pelos dados da tabela 8, é que a quantidade de adolescentes na situação de sobrepeso (distúrbio nutricional) manteve-se três vezes maior que a parcela de adolescentes com baixo peso (déficit nutricional) em 2006; em 2007, a relação entre sobrepeso e baixo peso apresentou uma queda, o que é preocupante, levando-se em consideração a vida futura destas adolescentes.

Tabela 8: Estado nutricional de adolescentes, sexo feminino, na faixa etária de 10 a 19 anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família, Uberlândia-MG, Brasil e Região, referentes aos anos de 2006 e 2007- no período de agosto a dezembro.

	2006		2007	
	Baixo Peso	Sobrepeso	Baixo Peso	Sobrepeso
Uberlândia-MG	4,93%	16,34%	6,33%	16,57%
Brasil	6,89%	14,44%	6,90%	14,35%
Norte	7,24%	12,25%	7,29%	11,12%
Nordeste	8,77%	11,30%	7,86%	12,21%
Sudeste	6,09%	15,06%	6,41%	15,60%
Sul	5,45%	18,55%	5,87%	17,64%
Centro-Oeste	6,75%	15,11%	6,90%	14,11%

Fonte: www.sisvan.datasus.gov.br/tabnet.

Uberlândia ocupou um lugar inferior quanto às taxas de *déficit* nutricional em adolescentes no período referente a 2006, em relação às taxas encontradas no Brasil e regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste. Mas, já em 2007, este percentual teve um aumento de 1,4% em relação a 2006 representando uma tendência à desnutrição nesta fase específica. A parcela de adolescentes em estado de sobrepeso, praticamente permaneceu inalterada apresentando um discreto aumento. de 16,34% para 16,57%. Esta taxa ainda permanece maior que a encontrada no Brasil. E ao contrário do apresentado na região Sul que mostrou uma tendência à queda, as taxas encontradas nesses dois períodos aponta para um quadro em que é quase seguro que, sem acompanhamento devido e alimentação balanceada, estas adolescentes serão mulheres em fase adulta, predispostas à obesidade em seus vários níveis.

Na tabela 9 abaixo, mulheres entre 20 e 59 anos, que também tiveram seu acompanhamento pelo Programa Bolsa Família, apresentaram um quadro inalterado tomando-se por base a parcela de mulheres em situação de déficit nutricional, não sendo perceptível uma melhora dos resultados levantados. Quanto ao distúrbio nutricional houve uma tendência à diminuição dos níveis de sobrepeso considerando o 2º semestre de 2006 e o 1º semestre de 2007, mas retrocedendo e tendenciando a um aumento, comparando-o com o 1º semestre de 2007, mas um aumento de 2,13% no percentual se comparado o 2º semestre de 2006 e o 2º semestre de 2007.

Tabela 9: Estado Nutricional de mulheres entre 20 e 59 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família - Uberlândia, Minas Gerais, anos 2006 e 2007.

Uberlândia	Baixo peso IMC < 18,5%		Normal IMC ≥ 18,5 e < 25		Sobrepeso IMC ≥ 25 < 30		Obesidade IMC ≥ 30		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2º semestre 2006	186	4,27	1.923	44,14	1.323	30,36	925	21,23	4.357
1º semestre 2007	265	4,46	2.559	43,10	1.747	29,43	1.366	23,01	5.937
2º semestre 2007	236	4,25	2.377	42,85	1.638	29,54	1.296	23,36	5.547

Fonte: www.sisvan.datasus.gov.br/tabnet.

Em relação à tabela 10, o quadro evidenciado mostra que houve um acréscimo da parcela de mulheres em situação de baixo peso, uma queda de 0,81% em relação ao sobrepeso e um aumento significativo de 2,41% na taxas de obesidade. Em 2007 o município de Uberlândia continuou apresentando-se acima do que foi levantando para o Brasil, região Norte e Nordeste, caracterizando uma tendência ao aumento das taxas de obesidade para a fase em questão, se medidas efetivas que visem mudar os parâmetros atuais, não forem instauradas nas ações do programa no município de Uberlândia.

Tabela 10: Estado Nutricional Mulheres, sexo feminino, na faixa etária de 20 a 59 anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família, Uberlândia-MG, Brasil e Região, referentes aos anos de 2006 e 2007- no período de agosto a dezembro.

	2006			2007		
	Baixo Peso	Sobrepeso	Obesidade	Baixo Peso	Sobrepeso	Obesidade
Uberlândia-MG	4,13%	30,24%	20,60%	4,46%	29,43%	23,01%
Brasil	4,55%	30,71%	18,67%	5,04%	29,82%	17,99%
Norte	5,17%	29,53%	14,94%	5,00%	28,91%	13,95%
Nordeste	5,37%	30,83%	13,73%	6,03%	29,31%	13,30%
Sudeste	3,88%	30,75%	22,90%	4,46%	30,53%	22,86%
Sul	2,90%	31,53%	25,99%	3,34%	31,22%	25,42%
Centro-Oeste	6,09%	28,76%	16,40%	5,36%	28,55%	17,43%

Fonte: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sisvan/cnv/acom_BR.def.

Estes dados demonstram uma desigualdade no acesso a uma alimentação saudável, o que apontaria significativa parcela de população uberlandense em estado de insegurança alimentar. Como ficou demonstrado pela pesquisa citada, realizada pelo CEPES/UFU em 2001, 10,2 % da população da cidade de Uberlândia carece de condições financeiras para adquirir uma cesta básica referente ao que diariamente deveria ser consumido pela família. Torna-se pois remota, sua possibilidade de garantir uma alimentação que supra as 2.242 calorias e nutrientes necessárias ao crescimento e desenvolvimento, índice este preconizado pela FAO/OMS.

Esta supressão diária acaba levando, em um primeiro momento, ao *déficit* nutricional, baixo peso e/ou baixa estatura, e, posteriormente, ao distúrbio nutricional, sobrepeso e obesidade, pela economia energética ocasionada pela falta de calorias necessárias a serem ingeridas pelo organismo ao longo de um dia e ao longo de toda uma vida, o que é um fato extremamente preocupante em pleno século XXI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No período de 1978 a 1993, o país investiu o equivalente a aproximadamente 8,2 bilhões de dólares em programas de alimentação e nutrição, com retorno relativamente baixo em termos de enfrentamento do problema da fome no país (SILVA, 1994). Dos programas remanescentes desde a década de 70, perdurou o então denominado Merenda Escolar, hoje denominado Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e o Programa de Amparo ao Trabalhador (PAT). Nos anos recentes, surge o Programa Bolsa Família (PBF), revestido de certa conotação mirabolante como programa eficaz no combate ao nosso histórico problema da fome.

No contexto geral do estado de Minas Gerais, Uberlândia se destacou em termos de acompanhamento do PBF na área de saúde. Assim, em 2006 o município ocupou o primeiro lugar em acompanhamento do Programa, passando à segunda posição no estado em 2007, no tocante ao acompanhamento de famílias atendidas pelo programa. Comparativamente a outros municípios mineiros importantes, Uberlândia foi seguida pelo município de Contagem, que ocupa o 3º lugar no quesito em causa. Note-se o sétimo lugar ocupado por Juiz de Fora, um município de notória importância no âmbito estadual. Todavia, tomado em nível nacional Minas Gerais ocupa o 8º lugar em acompanhamento do PBF na saúde (BRASIL, Sisvan/TabNet, 2007).

A parcela de pobres e de indivíduos que estão em situação de pobreza, extrema pobreza ou indigência soma no município de Uberlândia a aproximadamente 54,0%, conforme Relatório das Condições Sócio-Econômicas, ano de 2001, realizada pelo CEPES/UFU.

Tendo em vista que o termo insegurança alimentar pode ser expresso pelo estado nutricional, tanto o *déficit* - falta - quanto o distúrbio nutricional - excesso nutricional - apontam para a desigualdade e/ou déficit de acesso a uma cesta básica alimentar equilibrada o que, por sua vez, traduz o grau de miséria/indigência ou pobreza de uma determinada parcela da sociedade. Sendo assim, uma das propostas primordiais do Programa Bolsa Família desde a sua implantação foi atacar diretamente a questão da fome, criando ações facilitadoras do acesso da população ao alimento de qualidade e em quantidades necessários ao seu pleno desenvolvimento.

A obesidade mostra-se como um distúrbio nutricional e metabólico, o qual pode ser definido como um excesso de adiposidade no organismo, com causas podendo ser genéticas e/ou ambientais. Esta é uma doença que gera distúrbios sérios ao ser humano, podendo provocar em crianças e adolescentes puberdade precoce, distúrbios psico-sociais, entre eles baixo rendimento escolar, isolamento e estigmatização (rejeição pelos colegas) e, nos adultos, dislipidemias, diabetes, hipertensão e aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares (BATISTA FILHO, 1999).

Estudos apontam para ampliação, em termos mundiais, da parcela da população acometida pela obesidade sendo que, tanto países pobres quanto países ricos, sofrem com as conseqüências do aumento das taxas a ela pertinentes. Como exemplo, cite-se o caso dos Estados Unidos, onde o sobrepeso abrange cerca 60% da população. A obesidade acomete entre 20 e 27% de todas as crianças e adolescentes americanos, estando 27% dos indivíduos adultos em estado de obesidade independente do grau em que ela se instala.

No Brasil, os níveis de obesidade chegam a alcançar percentuais de até 30% da população, com implicações em nível de problemas cardiovasculares, diabetes e distúrbios relacionados às doenças psico-compulsivas, entre elas a bulimia e a anorexia¹⁶. No leste europeu há uma predominância maior nos índices de obesidade e, na África, a prevalência deste distúrbio nutricional é mais comum entre as mulheres. Já nos países da América Latina, os índices de obesidade variam entre 30 a 50%, variando conforme o padrão social em que o indivíduo se

¹⁶ Anorexia e bulimia nervosa são distúrbios alimentares resultantes da preocupação exagerada com o peso corporal, que pode provocar problemas psiquiátricos graves. São transtornos que se manifestam principalmente em mulheres jovens, embora sua incidência esteja aumentando também entre homens. Às vezes, os pacientes anoréxicos chegam rapidamente a um grau extremo de desnutrição e o índice de mortalidade chega a atingir 15% a 20% dos casos (http://bvsm.s.saude.gov.br/html/pt/dicas/66anorex_bulimia.html).

encontra, com maior prevalência de sobrepeso e obesidade em famílias com baixa renda relativamente às famílias com maiores rendas¹⁷.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF, realizada no período de 2002 a 2003 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística mostrou que, no caso brasileiro, a prevalência de *déficit* de peso para homens com mais de 74 anos de idade varia em 8,9%. Em mulheres na faixa etária de 20 a 24 anos tem-se uma variação de 12,2% contra 7,3% de 25 a 29 anos. Entre os homens adultos, em geral, este *déficit* é sempre inferior a 5% em todas as regiões do país, sendo que no Sul varia de 2% e no Nordeste, 3,5%. Na população masculina que reside no meio rural esta variação chega a ser um pouco maior, mas não ultrapassa a média das regiões, que é de 5%. Já na população feminina, este *déficit* de peso varia na região Sul em 3,7% e no Nordeste e Centro-Oeste em 6,2%. No meio rural, o *déficit* de peso em mulheres alcança 3,6% no Sul e 5,1% no Norte (IBGE – POF, 2002-2003).

A POF/IBGE (2002-2003) apontou ainda que o *déficit* de peso diminui entre homens e mulheres, à medida que os rendimentos aumentam. No caso da população masculina, a variação é de 4,5% quando os rendimentos per capita são iguais ou inferiores a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo e de 1,3% para os rendimentos superiores a 5 salários mínimos per capita. Já entre as mulheres, são próximos a 5% quando os rendimentos são menores que dois salários mínimos per capita e de 8,5% quando o rendimento per capita é inferior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo (IBGE, 2003-2005).

Nos países de primeiro mundo como EUA, Inglaterra e Dinamarca, existem programas de auxílio a famílias em situação de desemprego, mas com contrapartidas diferentes do Programa Bolsa Família. Nestes países, a contrapartida principal é que cada membro da família para ter o direito de recebimento do benefício, o auxílio desemprego, tenha o comprometimento de frequentar cursos que o capacitarão para seu retorno ao mercado de trabalho. No programa americano o “*workfare*”, com uma tradução ao pé da letra de “caminho para o trabalho”, o prazo de concessão do benefício é limitado a 5 anos.

O programa se propõe um traço não assistencialista, trabalhando na perspectiva de retorno ao mercado de trabalho da pessoa que esteja incapacitada de receber seus próprios rendimentos pelo desemprego e de “*aliviar os ombros do estado, que não suporta mais arcar com a pesada conta do pagamento dos benefícios*”. Em 10 anos de funcionamento do programa houve uma redução de 5 milhões para 2 milhões de famílias atendidas, o que gera uma economia de 37 milhões de dólares por ano de pagamento de benefícios.

Como nos EUA, a Inglaterra e a Dinamarca mantêm programas semelhantes de combate ao desemprego e no pagamento de auxílio-benefício às famílias carentes e desempregadas, mas também com contrapartidas a serem cumpridas bem semelhantes, colocando em evidência o retorno do beneficiado ao mercado e trabalho, (Revista Exame, ano 2006).

Dando margem a estas informações, deve-se evidenciar que a presente conjuntura sinaliza que as taxas anuais de desemprego não vem decrescendo a taxas significativas, aumentando de modo crescente os beneficiários do Programa Bolsa Família. A propósito, cabe questionar se o programa realmente terá capacidade de alterar a situação na qual está inserida a população mais carente, tanto em termos nutricionais quanto em termos sócio-econômicos, as chamadas *portas de saída* da política pública.

O caso brasileiro evidencia que a produção/ disponibilidade de alimentos não tem o condão de garantir a segurança alimentar de um país, estado ou município. Poucos países tiveram um crescimento tão expressivo no comércio internacional do agronegócio como o Brasil que, em 1993, apresentou exportações setoriais na casa de US\$15,94 bilhões, com *superávit* de US\$ 11,7 bilhões. O país, em dez anos, dobrou o faturamento em relação às vendas externas de produtos agropecuários apresentando um crescimento superior a 100% no saldo comercial. Esses resultados levaram a Conferência das Nações Unidas para o Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD) a prever que o país poderá ocupar o posto de maior produtor mundial de alimentos na próxima década (PORTAL DO AGRONEGÓCIO, 2007).

¹⁷ (www.boasaude.uol.com.br)

O Brasil é um dos líderes mundiais na produção e exportação de vários produtos agropecuários, com destaque para o milho, arroz, frutas frescas, cacau, castanhas, nozes, além de suínos e pescados. Ocupa o 1º lugar em produção e exportação de café, açúcar, álcool e sucos de frutas. Lidera o *ranking* das vendas externas de soja, carne bovina, carne de frango, tabaco, couro e produtos afins. Estatisticamente, aponta-se ufanisticamente na atualidade a tendência de o país se tornar o principal pólo mundial de produção de algodão e biocombustíveis feitos a partir de cana-de-açúcar e óleos vegetais.

Como sabido, embora o Brasil apresente dados tão favoráveis, a insegurança alimentar e nutricional ainda é um fator preocupante por afetar boa parte de sua população. Apresentam-se severas desigualdades sociais e regionais agravadas pela má distribuição de terra, riqueza e renda, pelo inadequado sistema de abastecimento alimentar, tanto na zona rural quanto na urbana, sem falar do inadequado controle de alimentos e, sobretudo, pelas “*dificuldades de acesso a uma alimentação segura e nutricionalmente adequada, em nível domiciliar, causada pelo desemprego, subemprego, baixos salários e dificuldades de acesso à terra para plantar*” (MALUF et al, 1996)).

Seria necessário observar criteriosamente a importância do desenho e operacionalização de políticas sociais de cunho amplo no país, não somente com vistas ao alívio da fome, mas, sim, à superação de históricas assimetrias sócio-estruturais. Particularmente, urge criar contrapartidas que interliguem o Bolsa Família e programas de capacitação dos beneficiários, com o fito de superar a exclusão social definida pela má distribuição de renda e, principalmente, a falta de oportunidade de competir igualmente no mercado de trabalho e colocar definitivamente a população em estado de segurança alimentar.

Em suma, o conjunto dos dados levantados anteriormente em relação ao município de Uberlândia, Brasil e regiões, confirma um quadro de desnutrição com prevalências de excesso de peso e obesidade nos períodos abordados (2006 e 2007), oriundos dos hábitos de má alimentação e pela dificuldade de acesso a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente para garantia de uma vida saudável. Este quadro afeta não somente o sistema de saúde público como um todo, pelas epidemias por ele geradas, mas também afeta todo o perfil cultural, social e econômico do país, por gerar uma gama cidadãos desnutridos e/ou acima do perfil normal de nutrição.

O enfoque do curso de vida, desde o nascimento de um ser humano, é essencial para compreender como intervenções nutricionais podem contribuir para a prevenção de doenças associadas à alimentação. Esse enfoque, desenvolvido nas últimas duas décadas a partir de estudos de grupos diversos em vários países, inclusive no Brasil, sugere que exposições nutricionais, ambientais e padrões de crescimento durante a vida intra-uterina e nos primeiros anos de vida podem ter efeitos importantes sobre as condições de saúde do adulto. Como exemplo disso, o retardo de crescimento intra-uterino e o ganho de peso excessivo nos primeiros anos de vida, vêm sendo associados à obesidade, hipertensão, síndrome metabólica, resistência insulínica e morbimortalidade cardiovascular, entre outros desfechos desfavoráveis (BRASIL, MS/SAS/DAB/CGPAN – Nota Técnica, 2007).

Assegurar o acesso aos serviços de saúde e ampliar a cobertura da atenção à saúde, durante todo período de vida de um indivíduo desde o seu nascimento, é a garantia de melhor estado nutricional e a possibilidade de eliminar a desnutrição em áreas e grupos populacionais específicos (BRASIL, MS/SAS/DAB/CGPAN – Nota Técnica, 2007).

Os dados no Brasil demonstram a imprecisão daquelas afirmativas a propósito da desnutrição como problema exclusivo das populações marginalizadas, enquanto a obesidade apenas o seria para os mais ricos. Nos tempos modernos essa visão encontra-se um tanto quanto distorcida, pelo fato que famílias de baixa renda *optam* por escolhas alimentares inadequadas, normalmente de baixa qualidade nutricional, dados limites estruturais de renda e também o ambiente ao qual encontram-se expostas. A melhoria da qualidade nutricional dos alimentos com preços acessíveis, a atenção nutricional nos serviços de saúde e a educação alimentar e nutricional favorecendo escolhas mais saudáveis, são sem dúvida fatores importantes que trabalham em direção da consecução da

segurança alimentar e nutricional da população (BRASIL, MS/SAS/DAB/CGPAN – Nota Técnica, 2007).

Entre as pessoas mais pobres, o consumo alimentar é bem *racional* em termos da relação custo-benefício, pela escolha em obter um alimento a um custo menor, compatível com sua renda, denotando que esta escolha muitas vezes não representa uma alimentação em níveis nutricionais aceitáveis. Esta população tende a buscar alimentos que “sustentem”, dêem “saciedade”, como os pães ou aqueles outros ricos em gordura, mas que tenham um sabor agradável e que são os normalmente ricos em açúcares. Essa *escolha* coloca a população desfavorecida em posição perigosa, vista a questão na perspectiva do nível nutricional. Posteriormente, tais ações haverão de desaguar em quadros de desnutrição, aguda ou crônica, com possibilidades de os indivíduos chegarem à vida adulta obesos e acometidos por doenças geradas pelo excesso de peso.

O Brasil tem hoje o perfil de uma população que, em sua maioria, não come o que sabe ser melhor, e sim come o que pode ser adquirido. Notadamente, suas estratégias domésticas de consumo encontram-se determinadas por suas condições financeiras, de emprego e seu acesso à assistência social (AGUIRRE, 2004).

É necessário evidenciar que não adianta criar programas com função de distribuição de alimentos à população carente, mas sim, atacar a questão da falta de alimentos em sua forma estrutural e organizacional. “*É preciso dar o peixe, mas também, ensinar a pescar*”, ou seja, criar frentes de emprego, prioritariamente nas regiões mais carentes e investir na melhoria das condições sócio-econômicas da população. Investir em educação, em saúde e na política salarial, objetivando aumentos reais de salário. Criar condições para que a população passe a se auto-sustentar futuramente; garantir alimentação sadia e suficiente e acabar de vez com a exclusão social.

Para além do enfrentamento de óbices históricos e estruturais da sociedade brasileira, o alvo seria focalizar a educação alimentar, visando a interação entre programas capazes de estimular a população a adquirir alimentos que realmente propiciem bem-estar físico e mental, “*contribuindo assim para uma existência digna em um contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana.*”¹⁸

¹⁸ VALENTE, 1996.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOASAÚDE. Especial Obesidade. Disponível em: <http://boasaude.uol.com.br/especiais/obesidade>. Data de acesso: 25/12/2006, às 16:10 horas.

PORTAL DO AGRONEGÓCIO. Portal do Agronegócio. Disponível em: <http://www.portaldoagronegocio.com.br>. Data de acesso: 15/01/2007, às 21:30 horas.

AGUIRRE P. Seguridad Alimentaria - Una visión desde la antropología alimentaria. Publicado en: Desarrollo Integral en la Infancia: El Futuro Comprometido. Fundación CLACYD- Córdoba 2004.

BATISTA FILHO, M. Alimentação, nutrição e saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. : Epidemiologia e Saúde, 5. ed., Rio de Janeiro: Médice, Rio de Janeiro, 1999. pp. 353 a 374.

BENÍCIO, M. H. D'A. & MONTEIRO, C. A., 1997. *Desnutrição Infantil nos Municípios Brasileiros: Risco de Ocorrência*. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância/ Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo, 1997. 100p.

BRASIL. *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Histórico e Definição*. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/sisvan.pdf>. Data e horário de acesso: 14/03/2007, às 16:16 horas.

BRASIL. *Acompanhamento das Condicionalidades da Saúde e Avaliação do Estado Nutricional dos Beneficiários do Programa Bolsa-Família 2º Semestre de 2006*. Nota Técnica elaborada em 29.01.07 pela CGPAN/DAB/SAS. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/noticia_07_02_07.pdf. Data de acesso: 30/01/2007, às 13:40 horas.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Programa Bolsa Família, 2007. *Bolsa Família*. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/programas/transferecia-de-renda/programa-bolsa-familia/programa-bolsa-familia/o-que-e>. Data de acesso: 09/01/2007, às 20:50 horas.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Decreto nº 2.478, de 5 de agosto de 1940, criou o Serviço de Alimentação da Previdência Social, que absorveu o Serviço Central de Alimentação do IAPI. Disponível em: www.mpas.gov.br/pg_secundarias/previdencia_social_12_04-B.asp. Data de acesso: 22/01/2007, às 09:30 horas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Acompanhamento das Condicionalidades da Saúde e Avaliação do Estado Nutricional dos Beneficiários do Programa Bolsa-Família, 2º semestre 2006*.> Nota Técnica: 29.01.2007. Disponível em: www.saude.gov.br/nutricao. Data de acesso: 1/01/2007, às 22:45 horas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar Nutricional – SISVAN: orientações básicas para a coleta ou processamento a análise de dados e a informação em serviços de saúde – Brasília, 2004. 120p.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/pat>, acessado em 08/01/2007. Data de acesso: 25/01/2007, 13:30 horas.

BRASIL. *Relatório nacional brasileiro à cúpula mundial da alimentação*. Brasília: Governo do Brasil-Ministério das Relações Exteriores, 1996.

CAIXETA, N. As melhores cidades para se fazer negócios. *Exame*, 12/06/2001.

CASTRO, J. de. *Geografia da Fome*, 5 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

FAO/UNICEF/WHO Expert Committee. *Methodology of nutritional surveillance*. Geneva, World Health Organization, technical report series 593, 1976. 66 pp. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/editora/media/01-VAN05.pdf>. Data de acesso: 18/01/2007, às 17:45 horas.

FAPERJ. Boletim da FAPERJ: *Obesidade e sobrepeso: duas epidemias de proporções mundiais*. Disponível em: http://www.faperj.br/boletim_interna.phtml?obj_id=3441. Data de acesso: 28/02/2007., às 15: 45 horas.

FIORE, E. G., OCHSENHOFER, K., COSTA, E. de. Site: Nutrição em pauta. *Avaliação do Estado Nutricional de Crianças e Adolescentes Institucionalizados*. Ed. Março/Abril, 2004. Disponível em: http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=255. Data de acesso: 21/02/2007, às 08:50 horas.

Fundação Getúlio Vargas. *Mapa de Ativos de Minas gerais*. Rio de Janeiro: CPS/FGV, 2001.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF – 2002 – 2003*. Disponível em: www.ibge.org.br.

LESSA, I. *Doenças não transmissíveis*. In: Rouquayrol, N.Z. *Epidemiologia em Saúde*, 4. ed. Rio de Janeiro: Médice, 1993. pp. 269-279.

LOPES, D. D. Informativo NIS/Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG – Nutrição, 88-91, 1999.

MALUF, R. S. *Políticas de segurança alimentar – Definições, determinantes e o papel do MAARA*. Brasília: IICA/Min. Agricultura, 1994.

MALUF, R.S., MENEZES, F., VALENTE, F. L. S. Contribuição ao Tema da Segurança Alimentar no Brasil. Artigo publicado no Vol. IV / 1996 da Revista *Cadernos de Debate*, uma publicação do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação da UNICAMP, páginas 66-88. Disponível em: <http://www.unicamp.br/nepa>.

MELLHEM, A. *A fome: crise ou escândalo?*, 2. ed. São Paulo: Moderna, 2004.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD – Brasil, 2003.

RIVERA J.A, SOTRES-ALVAREZ D., SHAMAH T., VILLALPANDO S. *Impact of Mexican Programa for Education, Health, and Nutrition (Progresá) on Rates of Growth and Anemia in Infants and Young Children. A Randomized Effectiveness Study*. *Jama*, June 2, 2004-Vol 291, No. 21.

ROMANI, S. A. M. AMIGO, H. *Perfil alimentar e posse da terra na área rural do Estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil*. *Rev. Saúde Pública*, Vol.20, N.5. São Paulo: outubro/1986. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Data de acesso: 4/01/2007.

Secretaria Municipal de Finanças – Uberlândia-MG, 2004.

SILVA, A.C. da. *De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição*. Estudos avançados. Vol.9, N.23. São Paulo. Apr. Texto apresentado em seminário Pobreza, fome e desnutrição no Brasil, 1995 - IEA/USP. Disponível em: <http://www.scielo.br>

SILVA, M.H.O. da. Programa de Alimentação do Trabalhador – PAT. Estudo do desempenho e evolução de uma política social. Tese apresentada para dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Maio de 1988. Disponível em: <http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/silvamhom.pdf>.

SILVA, M^a. H. O. *Programa de alimentação do trabalhador – PAT. Estudo do desempenho e evolução de uma política social*. Dissertação de Mestrado orientada Prof. Dr. Eduardo Navarro Stoz. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Ciências. Área de Concentração - Políticas Públicas e Saúde. Rio de Janeiro, 1998. 161p.

Sistema de Gestão Federal/Estadual do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. TabWin – Datasus – Ministério da Saúde – janeiro 2007. Disponível em <http://sisvan.datasus.gov.br>. Data de acesso: 29/12/2006, às 17:48 horas.

UFU – Condições sócio-econômicas das famílias de Uberlândia. Uberlândia, 2001.

VALENTE, F. *O Direito à Alimentação*. Disponível em: www.gajop.org.br/portugues/alim_p.htm#1. Data de acesso no em 12/01/2007, às 15:30 horas.

VALENTE, F. S. Inserção de componentes de alimentação e nutrição nas Políticas Governamentais e na estratégia nacional de Desenvolvimento. Relatório Final. FAO, Brasília, 1996, 83p.

VENCENDO A DESNUTRIÇÃO. *O que é desnutrição*. Disponível em: <http://www.desnutricao.org.br/home.htm>. Data de acesso: 28/02/2007, às 15:30 horas.

WIKIPEDIA. (http://pt.wikipedia.org/wiki/Acordo_Geral_de_Tarifas_e_Com%C3%A9rcio. Data de acesso: 15/03/2007, às 15:00 horas).

ZEPEDA, V. Site: Slimplant. *Emagrecer facilmente: entendendo a obesidade*. Disponível em: <http://www.virilplant.com/obesidade.htm>. Data de acesso: 24/02/2007, às 19:35 horas.

ANEXOS ESTATÍSTICOS

Tabela 11 – Famílias acompanhadas Núcleo Morumbi – 2º semestre de 2007.

LOCAL	Famílias Beneficiárias VINCULADAS	Famílias Acompanhadas		PERCENTUAL CORRIGIDO (vinculadas e não vinculadas)*
		Nº	%	
UBSF CANAA AREA 10	178	97	54	31%
UBSF CANAA AREA 11	142	91	64	37%
UBSF CANAA AREA 9	243	92	38	22%
UBSF JD PALMEIRAS I	38	32	84	49%
UBSF JD PALMEIRAS II	94	77	82	48%
UBSF JD PALMEIRAS III	64	44	69	40%
UBSF MANSOUR I	45	26	58	34%
UBSF MANSOUR II	184	89	48	28%
UBSF MORADA NOVA	207	106	51	30%
UBSF SÃO LUCAS	127	107	84	49%
UBSF TAIAMAN I	56	25	45	26%
UBSF TAIAMAN II	116	52	45	26%
TOTAL	1.494	838	56	32%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG.

* Representa o que deveria ter sido realizado de fato no 2º semestre do 2007 pela rede municipal de saúde para alcançar 100% do IGD.

Tabela 12: Famílias acompanhadas Núcleo Morumbi – 2º semestre de 2007.

LOCAL	Famílias Beneficiárias VINCULADAS	Famílias Acompanhadas		PERCENTUAL CORRIGIDO (vinculadas e não vinculadas)*
		Nº	%	
UBSF ALVORADA	185	155	84	52%
UBSF DOM ALMIR	442	306	69	43%
UBSF IPANEMA	283	196	69	43%
UBSF JOANA D'ARC	306	213	70	43%
UBSF MORUMBI I	171	107	63	39%
UBSF MORUMBI II	197	150	76	47%
UBSF MORUMBI III	182	97	53	33%
UBSF MORUMBI IV	127	90	71	44%
TOTAL	2.043	1.433	70	43%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG.

* Representa o que deveria ter sido realizado de fato no 2º semestre do 2007 pela rede municipal de saúde para alcançar 100% do IGD.

Tabela 13: Famílias acompanhadas Núcleo São Jorge – 2º semestre de 2007.

LOCAL	Famílias Beneficiárias VINCULADAS	Famílias Acompanhadas		PERCENTUAL CORRIGIDO (vinculadas e não vinculadas)*
		Nº	%	
UBSF AURORA	86	45	52	30%
UBSF LARANJEIRAS	171	71	42	24%
UBSF RUA DO DOLAR	123	78	63	37%
UBSF SÃO GABRIEL	290	176	61	35%
UBSF SÃO JORGE	153	69	45	26%
UBSF SÃO JORGE III	250	152	60	35%
UBSF SÃO JORGE IV	89	66	74	43%
UBSF SERINGUEIRAS I	177	128	72	42%
UBSF SERINGUEIRAS II	208	80	38	22%
UBSF SHOPPING PARK	207	140	67	38%
TOTAL	1.754	1.005	57	33%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG.

* Representa o que deveria ter sido realizado de fato no 2º semestre do 2007 pela rede municipal de saúde para alcançar 100% do IGD.

Tabela 14: Famílias acompanhadas Núcleos Pampulha e Roosevelt– 2º semestre de 2007.

LOCAL	Famílias Beneficiárias VINCULADAS	Famílias Acompanhadas		PERCENTUAL CORRIGIDO (vinculadas e não vinculadas)*
		Nº	%	
UBSF GRANADA I	128	44	34	20%
UBSF GRANADA II	74	59	80	46%
UBSF LAGOINHA	216	138	64	37%
UBSF MARAVILHA / SÃO JOSÉ	169	116	69	40%
UBSF SANTA LUZIA	65	39	60	35%
TOTAL	652	396	61	35%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG.

* Representa o que deveria ter sido realizado de fato no 2º semestre do 2007 pela rede municipal de saúde para alcançar 100% do IGD.

Tabela 15: Famílias acompanhadas PSF Zona Rural – 2º semestre de 2007.

LOCAL	Famílias Beneficiárias VINCULADAS	Famílias Acompanhadas		PERCENTUAL CORRIGIDO (vinculadas e não vinculadas)*
		Nº	%	
CRUZEIRO PEIXOTOS	26	15	58	20%
MARTINESIA	30	26	87	50%
MIRAPORANGA	59	36	61	35%
TAPUIRAMA	118	83	70	41%
TENDA DO MORENO	49	48	98	57%
TOTAL	282	208	74	43%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG.

* Representa o que deveria ter sido realizado de fato no 2º semestre do 2007 pela rede municipal de saúde para alcançar 100% do IGD.

Tabela 16: Famílias acompanhadas pelas Unidades Básicas de Saúde da rede municipal, Uberlândia-MG – 2º semestre de 2007.

LOCAL	Famílias Beneficiárias VINCULADAS	Famílias Acompanhadas		PERCENTUAL CORRIGIDO (vinculadas e não vinculadas)*
		Nº	%	
UBS CUSTÓD. PEREIRA	220	89	40	23%
UBS DONA ZULMIRA	192	107	56	32%
UBS GUARANI	277	188	68	39%
UBS N S DAS GRACA	349	165	47	27%
UBS PATRIMONIO	300	71	24	14%
UBS SANTA ROSA	296	154	52	30%
UBS TOCANTINS	504	202	40	23%
CSE JARAGUA	92	58	63	37%
TOTAL	2.343	1.098	47	27%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG.

* Representa o que deveria ter sido realizado de fato no 2º semestre do 2007 pela rede municipal de saúde para alcançar 100% do IGD.

Tabela 17: Famílias acompanhadas pelas Unidades de Atendimento Integrado – UAI da rede municipal, Uberlândia-MG – 2º semestre de 2007.

LOCAL	Famílias Beneficiárias VINCULADAS	Famílias Acompanhadas		PERCENTUAL CORRIGIDO (vinculadas e não vinculadas)*
		Nº	%	
UAI LUIZOTE	439	226	51	30%
UAI MARTINS	177	90	51	30%
UAI PAMPULHA	278	192	69	40%
UAI PLANALTO	448	287	64	37%
UAI ROOSEVELT	591	329	56	32%
UAI TIBERY	422	270	64	37%
TOTAL	2.355	1.394	59	34%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG.

* Representa o que deveria ter sido realizado de fato no 2º semestre do 2007 pela rede municipal de saúde para alcançar 100% do IGD.