

Determinantes sociais, políticos e econômicos da situação nutricional da sociedade brasileira

"**A** fome leva mais longe seus efeitos destrutivos correndo a alma da raça, a fibra dos pioneiros lutadores que conseguiram de início vencer a hostilidade do meio geográfico desconhecido, tirando-lhes toda iniciativa, levando-os à apatia e ao conformismo ou à explosão desordenada de rebeldias improdutivas, verdadeiras crises de nervos de populações neurastênicas e avitaminadas".¹

A discussão aqui colocada procura contextualizar a saúde na sociedade brasileira, à luz das articulações nos vários momentos políticos.

Entendendo a nutrição como um dos indicadores de saúde, procuramos identificar as insuficiências no perfil nutricional da população brasileira, tendo como contraponto o salário, o saneamento básico, a educação e a habitação.

Discutir saúde nos remete, necessariamente, a um conjunto de indagações que vão desde a sistemática exclusão das práticas de medicina popular até à imposição, sem infra-estrutura, das práticas institucionalizadas.

Além dessas constatações, é fundamental declinarmos nossa compreensão sobre o processo de saúde/sociedade, de modo a situar tais práticas, bem como contextualizá-las à luz do Estado liberal. Tal discussão implica identificarmos as premissas básicas das políticas sociais, em especial as de saúde.

Nesse processo, a saúde deve ser pensada à luz das relações sociais, ou seja, deve ser considerada em relação contínua e dinâmica com as determinantes objetivas – sociais, políticas, econômicas, culturais –, dado o seu caráter interdependente, porque partícipe, da estrutura social e de seus desdobramentos.

Nessa ótica, discutir saúde no modo de produção capitalista implica caracterizar a relação motriz deste, qual seja, a relação capital x trabalho. Relação esta redimensionada pelo Estado capitalista, entendido como representante da classe e de frações da classe dominante, cuja base política objetiva, a partir de um discurso de representação social, é manter e justificar sua dominação.

Tal discussão demonstra as leituras sobre a problemática de saúde, cujo pano de fundo sustenta a idéia de que os problemas sociais, a saúde, por exemplo, são passíveis de ser solucionados pela conquista, pelo manejo de técnicas e procedimentos neutros. Remete-nos ainda à constelação da saúde no contexto da dinâmica social, na condição de pensar e fazer engajados. Daí, a importância do delineamento político-pedagógico que lhe sirva de alicerce.

Na realidade brasileira, historicamente, a saúde e suas práticas têm sido relegadas a segundo plano, no qual a ênfase dos problemas recaem sobre os fatores técnicos, cuja lógica resulta em maior produtividade (quantitativo) sob a égide do capital. Como resultado encontramos uma dicotomia entre saúde coletiva e saúde individual, reforçando a cidadania a alguns e circunscrevendo a outros a cidadania de segunda ordem, portanto, excluindo-os do direito social à assistência à saúde.

O desdobramento da prática de saúde no Brasil retrata bem o descaso a que vêm sendo submetidas as políticas sociais. Nesse sentido, vale ressaltar as relações populistas, engendradas no Brasil após a Revolução de 1930. Essas relações dão novas feições ao Estado brasileiro, apesar de não representarem trans-

formações estruturais, mas apenas retoques de fachada, como o salário mínimo, a criação de institutos de aposentadorias e pensões etc. Tais artifícios favorecem a renovação da estrutura de poder, possibilitando o advento do capital industrial, a partir da etapa de substituição de importações.

"... A revolução de 30 assinala a transição para uma época na qual se dinamizam processos econômicos, políticos, culturais, demográficos e outros tais como os seguintes: industrialização, sindicalismo estatal, intervencionismo governamental crescente na economia, fortalecimento do aparato estatal, principalmente do executivo..."²

No âmbito global da política se saúde tem-se a institucionalização da medicina científica nas cidades, em detrimento das práticas da medicina popular (*folk*) na zona rural e no perímetro da zona urbana.

A configuração da sociedade brasileira, após a derrocada da hegemonia agrária exportadora, assume uma configuração urbana margeada pela ausência de reais canais de participação para uma massa pulverizada cujo canal de engajamento político é o estabelecimento de relações carismáticas. Isso garante o delineamento do Estado em sua versão populista, até o golpe militar de 1964.

É no âmbito das barganhas do populismo que se desenca-deiam lutas em prol de programas sociais, dentre eles, a uniformização dos procedimentos na área de saúde.

Para traçarmos o perfil de saúde e a sua relação com a situação nutricional da sociedade brasileira, torna-se necessário remeter à discussão do processo de evolução dos movimentos sociais que vêm sendo deflagrados na sociedade brasileira. Nesses momentos são colocadas em questão as instituições de um modo geral, inclusive as instituições médicas, que aqui são entendidas como a denominação genérica de todos os organismos que cuidam da assistência à saúde de forma direta ou indireta.

Isso posto, iniciamos por identificar uma preocupação explícita do Estado brasileiro em priorizar essas instituições, a partir do II Plano Nacional de Desenvolvimento, implantado em 1974.

Conforme discute Luz³, essas instituições médicas, ao mesmo tempo em que reproduzem a estrutura do poder capitalista no plano da saúde, reproduzem também as suas fissuras, suas contradições, seu precário equilíbrio.

A crise de saúde da população e a crise do discurso institucional da saúde exacerbaram-se com a eclosão dos movimentos sociais a partir do final da década de 1970, dentro e fora das instituições, incluindo nessa teia, inclusive os movimentos dos profissionais de saúde, que paulatinamente têm se proletarizado tanto na sua dimensão técnica quanto na sua dimensão ideológica.

No período compreendido ente 1960 e 1964, constata-se uma ausência de planos de saúde, com uma situação que de fato se mascarava com a presença simbólica de um planejamento. Esse quadro sofreu uma modificação no período pós-64, trazendo o discurso sanitário-desenvolvimentista, em substituição ao discurso campanhista-securitarista.⁴

Com a expansão da economia no período pós-68, denominado milagre brasileiro, as instituições médicas tiveram uma conseqüente expansão, ampliando-se o acesso aos serviços de saúde, sem contu-

do ampliar os recursos.

A medicina moderna e sofisticada que teve a sua coroação nesse período de crescimento trouxe atrás de si a indústria farmacêutica de primeira linha. Essa aparência na quantidade de recursos não mostrou reais ganhos na qualidade de vida da população, refletida pelo estado de saúde.

Se trouxermos para esse contexto a avaliação do estado de saúde do indivíduo como fruto da qualidade de vida – em que o salário, o saneamento básico, a habitação, a educação, a alimentação, o transporte e o lazer funcionam como indicadores – perceberemos que um percentual altíssimo da população brasileira não tem condições de obter e manter a saúde, conforme relatório do IBGE.

Dentre esses indicadores, a alimentação merece especial atenção, uma vez que as condições socioeconômicas afetam, em primeira instância, a aquisição de gêneros alimentícios. Outras necessidades imperativas, como o pagamento da moradia, do vestuário e do transporte, levam o indivíduo a aplicar cortes na alimentação, inviabilizando a ingestão de alimentos que constituem necessidades mínimas diárias.

A privação quantitativa e qualitativa de alimentos leva à desnutrição protéico-calórica (DPC), aqui entendida como a manifestação biológica da fome, em que o déficit de calorias totais necessárias, associado à insuficiente disponibilidade de proteínas da dieta, leva o indivíduo a uma série de lesões bioquímicas e anatômicas capazes de comprometer a vida e o desempenho intelectual e muscular.

Os prejuízos sociais evidenciam-se nas formas agudas de expressão da desnutrição, mas o pior deles é a morte lenta, que subtrai a vida e a dignidade dos indivíduos.

Diante da fome que se alastrou, temos, concretamente, vários achados de comprometimentos nutricionais que afetam a população, destacando-se como os cinco principais problemas de saúde pública do país a anemia, o bócio, a hipovitaminose A., a cárie dental e a DPC. Considerando que as lesões desencadeadas trazem conseqüências sociais importantes, torna-se preocupante deduzir que atingimos um ponto de ele-

Todos os governos apresentaram planos para combater a fome e a desnutrição. Apesar disso a presença de ambas persiste na sociedade brasileira.

vado prejuízo da saúde em numeroso contingente de pessoas.

Retomando os indicadores citados anteriormente para representar o padrão de vida – salário, saneamento básico/habitação, educação, alimentação, transporte e lazer – podemos avaliar qual a contribuição que cada um desses vem dando para o perfil do estado de saúde da população.

O baixo salário é o fator causal de maior importância na gênese da DPC, significando uma relação direta e indiscutível. A desnutrição, que é um grande problema de saúde pública no país, é entendida, por alguns, como fruto da ignorância. É importante esclarecer que o desconhecimento não produz a extrema condição de fome. É sabido que a ignorância não representa um fator causal importante. Na verdade, o trabalhador ganha pouco; conseqüentemente passa fome, pois tem como única fonte de renda o seu salário, que é sempre nivelado por baixo, levando-o a ter poucas opções no atendimento às suas necessidades básicas.

Não existe uma solução para a fome e, sim, um conjunto de políticas que viabilizem o crescimento e o desenvolvimento sustentável.

A questão da alimentação deficitária nos remete à relação de DPC – pobreza, que se constitui de vários fatores de alta complexidade. Com segurança, reafirmamos que as condições socioeconômicas afetam a alimentação, em primeira instância.

A crescente retração na atividade econômica, intensificada no país desde o segundo semestre de 1990,⁵ trouxe uma

exacerbação no quadro de deficiência alimentar e nutricional para a população brasileira, revelando uma situação de fome nunca antes experimentada.

Segundo o IBGE, houve redução na produção dos bens de consumo e, conseqüentemente, queda da demanda desses pelas famílias brasileiras.⁶ Esse fato está relacionado às perdas salariais que se acumulam como conseqüência da retratação do binômio nível de emprego/salário médio real.

Observamos que o país, ao longo dos últimos anos, sofreu uma grande mudança na política da saúde, a partir da nova posição sanitário-desenvolvimentista na área, do conseqüente estabelecimento de planos de saúde, do aumento numérico da estrutura de saúde nos níveis federal, estadual e municipal, porém se constata, contraditoriamente, uma regressão das condições de saúde

de da população. Novamente remetemos a questão à perda crescente e acumulada do poder aquisitivo, revelada de forma concreta pelos estudos já citados sobre o poder de compra do salário mínimo, que, por ocasião de sua criação, permitia, com 100% do seu valor, a aquisição da cesta básica.

O Decreto 2.162, de 1º de maio de 1940, instituído pela constituição de 1934, trazia, em seu artigo 1º, a afirmação de que essa remuneração mínima deveria ser capaz de cobrir as necessidades normais de alimentação, habitação, vestuário, higiene e transporte.⁷

Na realidade, durante a maior parte do período 1975-1989, houve um declínio da disponibilidade interna *per capita* de alimentos básicos para a população. Mesmo as recentes e muito comentadas supersafras não afetaram, necessariamente, a disponibilidade interna de

alimentos para as camadas mais necessitadas. Isso porque o acesso efetivo aos produtos alimentícios é determinado pela renda do consumidor e não pelo nível global de produção.⁸

É interessante notar que a publicação dos livros *Geografia da Fome*, de Josué de Castro, na década de 1940, e, em seguida, na década de 1950, *Geopolítica da Fome*, traduzido em 24 idiomas, iniciou o reconhecimento da fome como fenômeno social. A fome e a desnutrição, cuja denúncia ganhou caráter internacional, foram consideradas, nas obras do autor, como conseqüências da organização capitalista das sociedades.⁹

Hoje, quatro décadas após a constatação da fome como fenômeno social, temos um crescimento galopante da ausência de alimentos na mesa do brasileiro.

O que leva uma sociedade a conviver com a Fome?

A fome é um indicador de pobreza e de subdesenvolvimento e guarda relação com o modelo social e econômico do país. O fruto da fome é a desnutrição, um problema de saúde pública no Brasil, significando a manifestação biológica da fome.

Localizando, datando e contextualizando a preocupação governamental em inserir a alimentação no conjunto da política social do país, percebemos quando, como e por que foram tomadas algumas decisões nessa área.

Em 1940, a criação do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPA) vem de encontro a um momento em que o trabalho assalariado recebia a normatização de alguns direitos – a legislação trabalhista do governo Vargas. Instalam-se os restaurantes de caráter popular, no antigo Distrito Federal, atual cidade do Rio de Janeiro, e na cidade de São Paulo. Somam-se, nesse período, o advento do salário mínimo e as medidas que contemplam a alimentação do trabalhador como metas de governo.

Durante várias décadas foram cria-

dos diversos órgãos responsáveis pela implementação das ações governamentais na área social, especificamente, em alimentação e nutrição. A produção científica veio contribuir com subsídios para o avanço da indústria alimentícia e para a divulgação e o desenvolvimento da ciência da nutrição no país.

Do período populista e autoritário de Vargas até o presente momento, muito se fez com relação a programas de alimentação. Todos os governos mostraram, em seus planos, a preocupação com a situação alimentar e nutricional da sociedade brasileira. A par de tantos projetos e programas desenvolvidos, com uma lógica marcantemente assistencialista, continuamos a conviver com a fome e a desnutrição, que fazem parte da vida de um número cada vez maior de pessoas. Chegamos a afirmar que o crescimento do número de programas é inversamente proporcional à melhoria da situação nutricional da sociedade brasileira.

A política de abastecimento, a de controle de qualidade e a de financiamento – associadas à existência de sa-

lários, reconhecidamente inadequados para atender às necessidades de subsistência do indivíduo e da família – originam e justificam a existência da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

A PNAN efetiva-se no tripé agro-exportação, distribuição de alimentos e campanhas emergenciais. A título de ilustração, verificamos que, no ano de 1986, o país gastou 0,27% do Produto Interno Bruto (PIB), conforme dados do IBGE,¹⁰ com a PNAN, que se caracteriza fundamentalmente pela distribuição de alimentos por meio de programas, tendo em vista suplementar ou complementar a dieta. Parte-se, portanto, do pressuposto de que a população carente já possuiria o básico, no que concerne a alimentos, fato este que não se verifica.

Cabe, aqui, uma análise da PNAN e, nesse sentido, é que, após levantarmos alguns problemas conjunturais, re-dimensionamos a compreensão de que as falhas dessa política se situam também no âmbito estrutural. Discutimos também alguns pontos que sugerem a

vulnerabilidade dessas políticas.

Percebemos que mesmo que atingíssemos uma PNAN considerada ideal para este país, não alcançaríamos uma sociedade liberta da DPC. Esse entendimento parte do princípio de que para superarmos o grave quadro que vivemos em nossa sociedade, é necessário ter uma política econômica compatível. Na atual situação, a PNAN vem simplesmente tentando cobrir falhas da política econômica e, portanto, desviando-se do seu eixo central, sem atingir os seus objetivos.

Outra característica da PNAN é a distribuição de alimentos, o que cria

um vínculo de dependência em nível de consciência popular, deixando, como consequência, o amortecimento da discussão das causas da fome. Essa prática ainda traz em contrapartida, no seu contexto, o advento da corrupção, com a distribuição de alimentos controlada politicamente com objetivos e fins específicos de manipulação da clientela.

Outro equívoco que se vem perpetuando na PNAN é o de considerar os diversos programas executados como meio de suplementação de alimentos que a criança, ou a família, presumidamente já possuem. Constata-se que, muitas vezes, os alimentos recebidos por

meio do programa tornam-se os únicos disponíveis, como consequência da inadequação dos salários.

Identificamos ainda a falta de supervisão e avaliação dos programas desenvolvidos pelos vários órgãos, aliada à alocação insuficiente de recursos financeiros, impedindo a sua execução dentro do espaço de tempo anteriormente previsto. Hoje, essa avaliação começa a ser ensaiada a partir da implantação, em algumas cidades do país, do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).

Trazendo a discussão para os dias atuais

Programa Fome Zero

Deve-se destacar o esforço dos formuladores do programa Fome Zero quando inserem no contexto da resolução do problema a discussão da contribuição da renda adicional ao desenvolvimento local, principalmente nas zonas rurais: uso dos recursos com alimentos da própria região.

Nessa perspectiva, a parceria do poder público com a rede de comércio local, como, por exemplo, as feiras livres, o incentivo às compras institucionais e o incentivo ao varejo entram como componentes visivelmente importantes para a mudança de cultura.

A visão necessária que se coloca, de integração das várias políticas sociais, leva a ressaltar alguns pontos que, no senso comum, aparecem como contraditórios. Nesse sentido, discute-se o incentivo à exportação e a ênfase ao mercado interno.

Hoje, o mercado interno não reúne condições para manutenção de preços adequados em função da insuficiência de renda – há um contingente importante da população que não se coloca na condição de consumidor.

Quanto ao mercado externo, convivemos com o protecionismo que inviabiliza a franca ampliação do espaço dos produtos brasileiros.

O grande desafio que se apresenta hoje é a reinserção de milhões de consu-

midores, o que pode representar uma saída para a manutenção de preços e a garantia de rentabilidade para o produtor.

Não existe uma solução para a fome e, sim, um conjunto de políticas que viabilizem o crescimento e o desenvolvimento sustentável.

Nessa direção, sinaliza-se o aumento da produtividade rural. Busca-se facilitar o relacionamento do mercado nacional com o internacional. Acionam-se mecanismos de aumento da população economicamente ativa. Fortalecem-se os programas de atenção a grupos específicos – índios, mulheres, crianças, idosos... Investe-se no aumento da capacidade dos consumidores em viabilizar segurança alimentar. Aglutinam-se diferentes esforços econômicos e sociais – nacionais, locais e internacionais.

É importante afinal que a população, no seu conjunto, conheça os dados da realidade nacional. Por exemplo, a Confederação Nacional da Agricultura e Pecuária do Brasil prevê o aumento da importação de leite, arroz e feijão para atender ao programa em função da demanda reprimida da produção interna. Esse é um sinalizador da necessidade de investimento na política agrária e de investimentos no mercado externo.

Finalmente, o programa Fome Zero deve impulsionar o acesso ao alimento e promover a agricultura familiar, tendo

como meta a melhoria do perfil nutricional da população.

**Nutricionista e mestre em Educação pela UFG.*

NOTAS

- 1 - CASTRO, Josué de. *Geografia da Fome*.
- 2 - IANNI, Octavio. *O colapso do populismo no Brasil*.
- 3 - LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*.
- 4 - LUZ, M. T., op. cit.
- 5 - BRASIL, IBGE: *Anuário Estatístico do Brasil*.
- 6 - Idem.
- 7 - L'ABBATE, S. *Fome e desnutrição: os descaminhos da política social*.
- 8 - BRASIL, INAN/IBGE/IPEA. *Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição; resultados preliminares*.
- 9 - Josué de Castro, médico e sociólogo brasileiro, denunciou em suas obras as consequências da exploração colonial e neocolonial da nossa sociedade como determinante da fome como mazela social.
- 10 - BRASIL, IBGE, op. cit.

REFERÊNCIAS

- CASTRO, Josué de. *Geografia da fome*. Rio de Janeiro: Antares, 1980. 361 p.
- IANNI, Otávio. *O colapso do populismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975. 285 p.
- LUZ, Madel T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 265 p.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Anuário estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro, 1991.
- L'ABBATE, Solange. *Fome e desnutrição: os descaminhos da política social*. 1982. 204 p. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo.
- INSTITUTO CIDADANIA (2001). *Projeto Fome Zero: uma proposta de política de segurança alimentar para o Brasil (versão 3)*.