UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FCF / FEA / FSP
Programa de Pós-Graduação Interunidades
em Nutrição Humana Aplicada – PRONUT

ANDRÉA LIZABETH COSTA GOMES

Alimentação, nutrição e atividade física em tempos de promoção da saúde: um
estudo local entre mulheres adultas

Tese para obtenção do grau de
Doutora

Orientadora:
Profa. Dra. Denise Cavallini Cyrillo

São Paulo

2007

ANDRÉA LIZABETH COSTA GOMES

Alimentação, nutrição e atividade física em tempos de promoção da saúde: um
estudo local entre mulheres

Comissão Julgadora
Tese para obtenção do grau de Doutora

Profa. Dra. Denise Cavalli Cyrillo
(Orientadora/Presidente)

Profa. Dra. Ana Maria Cervato Mancuso
1º Examinador

Profa. Dra. Sayuri Tanaka Maeda
2º Examinador

Profa. Dra. Amábela de Avelar Cordeiro
3º Examinador

Prof. Dr. Alex Antonio Florindo
4º Examinador

São Paulo, 26 de setembro de 2007.

AGRADECIMENTOS

Apesar do esforço e do tempo exigido para a concretização do presente trabalho é gratificante acolher a energia que emerge para escrever o meu, muito obrigada a todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização do mesmo. Desculpem-me por não citar nomes, mas no momento que escrevo, ainda sob o domínio do cansaço, preferi não citar para não desmerecer ninguém.

Gosto de olhar para trás e dar-me conta do caminhar, especialmente, o fato de recuperar as emoções compartilhadas com meus interlocutores: as incertezas e angústias, as paradas para cafezinhos e almoços para ainda continuar a falar do trabalho, as recomendações de leituras, as reflexões e questionamentos, as ligações ou correio eletrônico para perguntar “e a tese?”, entre outras, além dos incentivos de força e coragem de todas as mulheres que perpassaram o meu caminhar (as de dentro e as de fora do estudo).

Agradecida!

Ao ter mencionado a força e coragem de mulheres, a emoção me remeteu imediatamente a duas grandiosas e importantes mulheres que sempre nutriram meus pensamentos e meus antecedentes históricos, Maria Quitéria de Jesus (1792-1853) e Ana Justina Ferreira Nery (1814-1880). Ambas nascidas e criadas em Cachoeira, Recôncavo Baiano e com trajetórias de vida de muita força e coragem em causas nobres. A saber, um traço das suas histórias:

A primeira, Maria Quitéria, foi proibida pelo pai de alistar-se num batalhão e defender sua terra. Ele lhe dirigiu a seguinte frase “Mulheres não nasceram para a guerra, e sim, para tecerem, bordarem e para o trabalho de casa”. Com coragem e receio de ser descoberta, a jovem corta o cabelo, se veste de homem e registra-se no Regime de Artilharia com o sobrenome do seu cunhado como soldado Medeiros e finalmente libertação da Pátria do julgo português. Torno-se a heroína da Guerra da Independência do Brasil e patronesse do Quadro Complementar de Oficiais do Exército Brasileiro.

A segunda, conhecida como Ana Nery, se oferece para prestar serviço voluntário à Pátria em hospitais no Rio Grande do Sul, durante a Guerra do Paraguai, tornando-se símbolo da Enfermagem no Brasil, por seu exemplo de coragem, dedicação e um profundo amor à Pátria.

Em particular, cabe ainda registrar a força e coragem da minha orientadora, somadas a sua compreensão e paciência, fez, do respeito mútuo, a grande marca da relação orientadora-orientanda.

Agradecida!

Antes de encerrar, registra-se também que, durante a realização deste trabalho, pude contar com uma bolsa de estudos, fornecida pela Coordenação de Aperfeiçoamento e Ensino Superior (CAPES).

RESUMO

Gomes, A. L. C. **Alimentação, nutrição e atividade física em tempos de promoção da saúde: um estudo local entre mulheres adultas**; São Paulo, 2007. [Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana Aplicada - FCF-FEA-FSP da Universidade de São Paulo].

A alimentação, a nutrição e a atividade física, como componentes do modo de viver saudável, circunscrevem-se na atualidade entre os determinantes e condicionantes da promoção da saúde e ocupam lugar de destaque na agenda da Saúde Pública/Coletiva. O presente estudo tem como objetivo central tanto analisar a situação alimentar, nutricional e a atividade física de mulheres em uma área do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo, quanto identificar obstáculos e oportunidade para uma ação local, considerando as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. Foi realizado junto a uma amostra com 295 moradoras entre 20 e 50 anos de idade, utilizando questionários para a obtenção de dados socioeconômicos, antropométricos, dietéticos e atividade física. Verificou-se que as mulheres tinham em média 10 anos de escolaridade e a maioria estava inserida no mercado de trabalho com ganhos em torno de três salários mínimo. Os achados do presente estudo comparados ao Guia Alimentar para a População Brasileira, mostram que em geral tanto a alimentação, quanto o estado nutricional e a atividade física não se aproximavam das recomendações. Observou-se inadequações na distribuição dos nutrientes e alimentos, valores médios baixos para carboidratos totais, açúcar de adição, fibra dietética e para frutas, legumes e verduras (FLV) e valores altos para proteínas totais e as gorduras total, saturada e trans. As mulheres de menor renda e escolaridade apresentaram algumas desvantagens, como a menor ingestão de FLV e maior para gordura trans e açúcar de adição, isto é, baixa presença de alimentos saudáveis e alta de alimentos pouco saudáveis, respectivamente. No que se refere à avaliação do estado nutricional foi observado que 51,5% das mulheres apresentavam algum grau de excesso de peso ($IMC \geq 25,00 \text{ kg/m}^2$), porém, não houve diferenças estatisticamente significativas segundo a escolaridade e a renda. Quanto a circunferência da cintura (CC) se observou que 60,4% das mulheres apresentavam excesso de gordura intra-abdominal e ocorreu uma diferença apenas quanto à escolaridade das mulheres, indicando uma relação inversa, ou seja, à medida que aumenta a escolaridade diminui a obesidade abdominal. Nos resultados da atividade física constatou-se que cerca de 60% das mulheres eram insuficientemente ativas e sedentárias, somando-se ambas as categorias e a relação inversa com a escolaridade e a renda. No que se refere a obstáculos e oportunidades, considerando a natureza complexa e as peculiaridades dos objetos em estudo, as ações para promoção da alimentação, nutrição e atividade física circunscrevem-se por um lado, entre obstáculos, os aspectos sócio-econômicos-culturais, e por outro lado, entre oportunidades, o vigor e a visibilidade que a temática ocupa na agenda mundial e nacional da Saúde Pública/Coletiva. Em tempos de promoção da saúde, os desafios para a implementação destas ações requer um enfoque integrado e articulado as diversas dimensões dos objetos em estudo.

Palavras-chave: promoção da alimentação e nutrição, promoção da atividade física, guia alimentar para a população brasileira.

ABSTRACT

Gomes, A. L. C. **Eating, nutrition and physical activity in times of health promotion: a local study of adult women**; São Paulo (BR); 2007. [Doctor thesis – Programa de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana Aplicada - FCF-FEA-FSP da Universidade de São Paulo].

Eating, nutrition and physical activity, as components that have significant implications for healthy life, assume nowadays the role of determining and conditioning factors to promote health and thus have an outstanding place in the Public/Collective Health agenda. This study aims primarily to analyze the eating and nutritional patterns and the physical activity of women included in the Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo (Health Program for Family in São Paulo City) as well as to identify problems and opportunities of developing a local action, considering the guidelines of the Guia Alimentar para a População Brasileira (Dietary Guidelines for the Brazilian Population). There were applied questionnaires to get socio-economic, anthropometric, dietary and exercising data out of a sample of 295 female subjects ranging in age from 20 to 50 years. These women had 10 years of formal schooling on the average and most of them was inserted in the labour market, earning something around three minimum wages. The study findings, compared to the Guia Alimentar para a População Brasileira, revealed that usually both the eating patterns and the nutritional and exercising state were far from the recommendations. We observed improper food and nutrient consumption, average intake of total carbohydrates, added sugar, dietary fiber, fruits and vegetables, as well as high intakes of total protein and fat, saturated and trans fats. Women with lower income and schooling showed some disadvantages, such as smaller intake of fruits and vegetables and greater intake of trans fats and added sugars, i. e. low presence of healthy food and high presence of less healthy food respectively. In terms of nutritional state assessment it was observed that 51,5% of the women had some grade of overweight ($BMI \geq 25,00 \text{ kg/m}^2$), although there was no statistically significant difference according to schooling and income. In terms of waist girth, it was found that 60,4% of the women had excessive storage of fat in the abdominal areas and there was only a difference in schooling, indicating an inverse relation, i. e. the higher the schooling the smaller the abdominal obesity. The physical activity investigation displayed that about 60% of the women had insufficient exercising and active life, both categories together, and there was an inverse relation with schooling and income. Concerning problems and opportunities, given the complex nature and peculiarities of the study objects, actions to promote diet, nutrition and physical activity include, in one way, the socioeconomic and cultural factors and, in another way, opportunities, vigor and visibility that this issue occupies in the world and national agenda of Public/Collective health. In times of health promotion, challenges to implement these actions require an approach that integrates and articulates all the dimensions of the study objects.

Key words: promotion eating and nutrition, promotion physical activity, dietary guidelines for the brazilian population

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa de abrangência de atuação do Programa de Saúde da Família / Qualis I. Região da Vila Formosa, zona leste, São Paulo-SP, 2001	53
Figura 2. Distribuição dos nutrientes e alimentos segundo as categorias de adequação do consumo de acordo Guia Alimentar para a População Brasileira. Mulheres entre 20 e 50 anos.Vila Formosa, São Paulo-SP, 2001	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das mulheres entre 20 a 50 anos, segundo a idade e variáveis socioeconômicas. Vila Formosa, São Paulo, SP, 2001.....	63
Tabela 2. Valores médios de energia total e nutrientes, percentuais da participação de nutrientes no valor energético total e o grupo FLV. Mulheres entre 20 e 50 anos. Vila Formosa, São Paulo, SP, 2001	64
Tabela 3. Médias de escolaridade e renda segundo categorias de adequação do consumo alimentar. Mulheres entre 20 e 50 anos. Vila Formosa, São Paulo, SP, 2001	66
Tabela 4. Distribuição das mulheres entre 20 e 50 anos, segundo Índice de Massa Corporal e Circunferência da Cintura (IMC e CC) e variáveis socioeconômicas, Vila Formosa, São Paulo, SP, 2001 ..	69
Tabela 5. Distribuição das mulheres entre 20 e 50 anos, segundo atividade física e variáveis socioeconômicas. Vila Formosa, São Paulo, SP, 2001	70

Apresentação

“Que ninguém se engane: só se consegue a simplicidade por meio de muito trabalho.”

Clarice Lispector

APRESENTAÇÃO

Conceber como objeto de estudo a temática da alimentação humana sabe-se da complexidade e do desafio tanto na abordagem quanto na investigação científica devido à proximidade e o entrelaçamento com outras ciências, além do campo saúde, como a antropologia, a educação e a economia, dentre outras não menos importantes. Ocorre o mesmo com a nutrição e atividade física. O presente trabalho envolve as três temáticas.

Quero esclarecer que já sabia das dificuldades e dos enormes desafios e por isso mesmo considero-as instigantes na sua riqueza. A robustez da temática e seus condicionantes foram se revelando na vasta literatura científica e nas leituras para construção do projeto de mestrado. Na minha peregrinação no tema, a promoção da atividade física aparece de forma sistemática junto à abordagem da alimentação saudável. Dada a complexidade e o pouco tempo destinado a elaboração da dissertação, se buscou fazer uma “coisa simples” e deixar para a tese a temática alimentação, nutrição e atividade física. Um pouco mais a frente explicarei o porquê me referir a minha dissertação desta forma, simples não que não a mesma coisa de simplista... continuarei na tese com a hipótese de pensar em coisas simples...

Assim, foi no contato e no planejamento da coleta dos dados para a dissertação que percebi a enorme demanda das equipes da Unidade Básica de Saúde (UBS) sobre possíveis intervenções alimentares e nutricionais para a promoção da saúde. Nas observações durante o campo do pré-teste do estudo somado às leituras, fui instigada a incorporar as variáveis antropométricas e atividade física na coleta dos dados, em virtude de sua importância para uma discussão mais ampla, mesmo que possível apenas depois do mestrado.

Foi durante a pesquisa de campo nas conversas do dia-a-dia, especialmente com os agentes comunitários, tentando explicar e discutir os possíveis resultados da dissertação que me dei conta que as soluções podem estar nas coisas simples como já dizia Albert Einstein, pois às equipes tinham a expectativa de soluções simples

que contribuíssem para a maior efetividade do trabalho, cuja carga de trabalho era enorme. O “simples” subproduto da dissertação se mostrou de maior interesse para as equipes da UBS. Foi o anexo da dissertação criado, especificamente para a UBS, com os resultados do Índice de Alimentação Saudável para cada uma das 15 micro-área, que suscitou rica discussão com cada agente.

Finalmente, voltando às “coisas simples” e recorrendo a Boaventura dos Santos¹ no seu instigante livro “Um discurso sobre as ciências” (2006 p.15), na reflexão que faz sobre a capacidade de formular perguntas simples nos remete a Albert Einstein “que costumava dizer, só uma criança pode fazer mas que, depois de feitas, são capazes de trazer uma luz nova à nossa perplexidade”.

O cenário da temática alimentação, nutrição e atividade física vigente no Brasil caracterizam-se pelo excessivo consumo de alimentos refinados, pobres em nutrientes, como os biscoitos, refrigerantes e massas, entre outros, e o baixo consumo de alimentos ricos em nutrientes, como as frutas, legumes e verduras. Esse padrão alimentar soma-se à insuficiência da atividade física, repercutindo no estado nutricional da população com altos percentuais de excesso de peso entre adultos e a permanência de baixo peso para outros.

Nesse sentido, a perspectiva da promoção da saúde se apresenta e é sinalizada como uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN): “a promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudáveis”. No documento ainda afirma que a mesma deve ser integrada às ações das demais diretrizes da PNAN.

O conhecimento científico produzido e acumulado sobre as relações da alimentação, nutrição e atividade física para a promoção da saúde qualifica o presente estudo como descritivo de uma situação concreta destas relações e como possibilidade de reflexão das oportunidades e obstáculos para o cumprimento das metas preconizadas pelas diretrizes do primeiro Guia Alimentar para a População Brasileira.

¹ Este livro foi publicado originalmente em Portugal em 1987 e hoje em 13ª edição (Cortez Editora)

Este estudo dá continuidade ao trabalho de mestrado. No entanto, avança não só pela incorporação de outros elementos como o estado nutricional e a atividade física. Além da originalidade em submeter os dados do consumo alimentar a um atualizado banco de dados de alimentos brasileiros, a TACO, mas também o confronto entre a abordagem teórica da temática e o que a investigação de campo traz de contribuição singular.

Finalmente, instigada pelo lugar de destaque na agenda da Saúde Coletiva da alimentação, nutrição e atividade física, inquieta frente à situação concreta da temática em uma localidade e atenta aos obstáculos e as oportunidades, seguir alguns caminhos. Antes requer explicitar o que se busca, em qualquer dos seus aspectos, o objeto de estudo não é “algo” externo, distante ao pesquisador. Ao contrário, assume-se aqui a relativa neutralidade da aproximação para realizar um exercício abstrato de uma possível ação junto ao sujeito ou coletivo com toda a sua complexidade e integralidade alinhada as diretrizes e princípios da promoção da saúde.

No presente trabalho, o movimento de análise e reflexão em tempos de promoção da saúde entrelaça a alimentação, a nutrição, a atividade física e o local onde ocorreu a pesquisa: em uma macro-região do Programa Saúde da Família, Vila Formosa, cidade de São Paulo.

No capítulo **alimentação, nutrição e atividade física em tempos de promoção da saúde** se apresenta a perspectiva histórica e atual da promoção da saúde, da promoção da alimentação e nutrição e da atividade física, explicitando os delineamentos teóricos e conceituais. Neste capítulo ainda contém o cenário brasileiro do ponto de vista da situação de alimentação, nutrição e atividade física da população adulta e as questões e objetivos da pesquisa.

No capítulo **o estudo local: material e método** se apresenta todo o percurso metodológico, os instrumentos, o questionário e os aspectos éticos.

No capítulo **as mulheres adultas: análise e discussão dos resultados** se apresenta os resultados do estudo local e a discussão com objetivo de analisar tanto

a situação alimentar, nutricional e a atividade física das mulheres quanto oportunidades e obstáculos para uma ação local, considerando as recomendações do Guia Alimentar para População a Brasileira.

No último capítulo as **considerações finais** de algumas potencialidades para enfrentar as oportunidades e obstáculos da promoção da saúde por meio da alimentação, da nutrição e da atividade física. Com isso, e sem a pretensão de esgotar temática tão importante e complexa, espero sinalizar alguma vereda que possa auxiliar na implantação de uma política pública de promoção da saúde coletiva e ao mesmo tempo singular.

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
Lista de figuras	
Lista de tabelas	
Apresentação	
1. Introdução.....	15
2. Alimentação, nutrição e atividade física em tempos de promoção da saúde.....	23
2.1. Promoção da Saúde.....	26
2.2. Promoção da Alimentação e Nutrição.....	33
2.2.1. Cenário da situação alimentar e nutricional do adulto no Brasil..	38
2.3. Promoção da Atividade Física.....	43
2.3.1. Cenário da situação atividade física do adulto no Brasil.....	47
3. O estudo local: material e método.....	51
3.1. Material e método.....	52
3.2. Metodologia.....	54
3.3. Análise dos dados.....	57
3.4. Análise estatística.....	59
3.5. Aspectos éticos.....	60
4. As mulheres adultas: análise e discussão dos resultados.....	61
5. Considerações finais.....	83
6. Referências.....	88
Apêndice A	
Tabela de distribuição da amostra e taxa de resposta	
Apêndice B	
Questionário da pesquisa	
Apêndice C	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Apêndice D	
Tabela de distribuição dos nutrientes e alimentos de acordo com as categorias de adequação do consumo	
Anexo 1	
Comitê de ética	
Anexo 2	
Instruções para os Membros de Bancas Julgadoras de Doutorado	

1. Introdução

“[...] defendo que todo conhecimento científico é socialmente construído, que seu rigor tem limites inultrapassáveis e que a sua objetividade não implica neutralidade.”

Boaventura de Sousa Santos

1. INTRODUÇÃO

A alimentação, a nutrição e a atividade física, como componentes do modo de viver saudável, circunscrevem-se na atualidade entre os determinantes e condicionantes da promoção da saúde e ocupam lugar de destaque na agenda de Saúde Pública/Coletiva. Estes componentes, considerados fundamentais têm passado por rápidas mudanças, como resultado do processo de urbanização e de globalização ocorrido nas últimas décadas (OMS, 2004; BRASIL, 2005) e consequentemente, vêm sendo apontados como importantes estratégias¹ para modos de viver mais saudáveis.

No Brasil, pode-se perceber o vigor da temática alimentar e nutricional ao se analisar alguns documentos como, por exemplo, o documento final da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, em 1994, que apontava, entre as dez prioridades para uma Política Nacional de Segurança Alimentar, “estimular práticas alimentares e estilos de vida saudáveis”, ocupava a décima posição. Após uma década, na II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, passa a ocupar a primeira posição, dentre as ações de saúde e nutrição a assertiva “ações de promoção de modos de vida e alimentação saudável e ações de vigilância” de modo a fortalecer a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2005, 2006).

O foco na alimentação, por si só, é fundamental e estratégico devido à relação vital entre a alimentação e a saúde. Relação não só biológica, mas, sobretudo um direito humano assegurado, recentemente, com o decreto que criou a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) nº 11.346 de 15 de setembro de 2006, com vistas a assegurar o direito à alimentação saudável e adequada. A Segurança Alimentar e Nutricional deixa de ser um programa de governo para se transformar em uma política de Estado.

¹ HOUASSIS e VILLAR (2001) descrevem a palavra “estratégia” como *“parte da arte militar que trata das operações e movimentos de um exército, até chegar, em condições vantajosas, à presença do inimigo”*. E por derivação, extensão de sentido, como a *“arte de aplicar com eficácia os recursos de que se dispõe ou de explorar as condições favoráveis de que porventura se desfrute, visando ao alcance de determinados objetivos”*.

No capítulo 1 da LOSAN (BRASIL, 2006), entre as disposições gerais, o artigo 2º declara:

[...] a alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população.

No artigo 3º se ressalta o conceito de que:

[...] a segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

Recentemente, a prática corporal/atividade física, outro componente do modo de viver considerado na perspectiva da promoção da saúde, também conquista grande visibilidade. Em 2004, o documento final da I Conferência Nacional do Esporte (CNE), registra-a como um momento histórico (BRASIL, 2004a):

[...] jamais em nossa história tivemos, como temos agora, ampla participação da sociedade no processo de formulação das políticas públicas para o esporte e o lazer. É uma forte mobilização que se transforma num entendimento nacional pelo esporte e pelo lazer, num sentido amplo e democrático.

Cabe esclarecer que o presente estudo se distancia do objetivo do debate teórico-conceitual no campo da Educação Física sobre a definição dos termos “prática corporal/atividade física” e “esporte”. Mesmo assim, busca-se, na perspectiva de manter coerência com os propósitos do estudo, estabelecer relação desse campo de conhecimento com o campo da saúde. Destaca-se, neste íterim, o entendimento expresso no documento da I Conferência Nacional do Esporte - CNE quando afirma

que o esporte pode ser reconhecido nas seguintes manifestações: educacional (escolar); participação (lazer ou recreação) e de rendimento (BRASIL, 2004a). Afirma-se neste documento que a prática do Esporte de Lazer ou Recreativo tem como finalidade atender aspectos do conceito ampliado de saúde, portanto, já aponta uma sintonia com a Política Nacional de Promoção da Saúde, posteriormente instituída (BRASIL, 2006).

Ainda no mesmo documento se reconhece o esporte e o lazer como direito social e conceituado como prática social, sendo a mesma entendida como,

[...] atividades humanas construídas historicamente com a intenção de dar respostas às necessidades sociais, identificadas pelos que fazem a história do seu tempo a partir das múltiplas determinações das condições objetivas nele presente.

A seleção dos componentes estratégicos para modos de viver mais saudável requer uma alimentação saudável e a prática regular de atividade física, pois resultam em equilíbrio energético e visa o controle do peso saudável. Entretanto, na atualidade, a situação alimentar, nutricional e de atividade física da população adulta, no âmbito nacional ou mundial, caracterizam-se por uma alimentação não saudável associada à falta ou insuficiência de atividade física e o excesso de peso aumentando os fatores de riscos (que coexistem e interagem) para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (WHO, 2003; OMS, 2004). Esse cenário de emergência e desfavorável motivou, recentemente, organizações internacionais e nacionais a incluírem a temática de forma estratégica na agenda de saúde pública (OMS, 2004; BRASIL, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou a Estratégia Global (EG) para Alimentação, Atividade Física e Saúde em 2004, e o Ministério da Saúde (MS) do Brasil lançou o Guia Alimentar para a População Brasileira em 2005 como uma ferramenta objetiva e concreta da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), anteriormente publicada, em 1999. Posteriormente, com o propósito de articular estes documentos, em 2006, o MS do Brasil instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (OMS, 2004; BRASIL 2003, 2005, 2006).

O Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2005) apresenta um conjunto de recomendações para a vigilância, promoção e intervenção na direção de modos de viver mais saudável articulado com a política mundial, nacional, estadual e municipal. Nesse sentido, a recente publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) faz-se oportuna à medida que se alinha com os compromissos assumidos pelo Brasil em sua legislação e, também, internacionalmente, como signatário, por exemplo, das Metas de Desenvolvimento do Milênio propostas pela Organização das Nações Unidas (ONU) e da Estratégia Global (EG) para Alimentação, Atividade Física e Saúde da OMS (BRASIL, 2006).

No Brasil, o setor saúde tem se constituído, historicamente, em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde, haja visto, que no processo de reforma sanitária vem ocorrendo vários debates e embates políticos na busca da construção de um sistema democrático para o setor. De acordo com Paim (2003a, b), foi propulsora desse processo a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que propôs princípios e diretrizes de universalidade, equidade e integralidade, os quais foram incorporados à Constituição Brasileira de 1988 e nortearam a construção e efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), legitimado pela Lei 8080/90 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Visando a efetivação da política do setor saúde, em 1994, o Ministério da Saúde, ao dar continuidade ao processo de implementação do SUS, criou o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia e porta de entrada para o sistema de saúde (BRASIL, 1994). A operacionalização do PSF tem ocorrido de forma diferenciada em todo o país. Na cidade de São Paulo, “foi particularmente difícil a chegada do SUS” desde a sua criação, de acordo com Alves Sobrinho e Capucci (2003). Especificamente, o PSF que foi concebido para a gestão municipal, de fato só foi assumido pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, em 2001 (SÃO PAULO, 2001a, b, c; CHIESA e BATISTA, 2004).

O Programa de Saúde da Família (PSF) principal porta de entrada da rede de Atenção Básica de Saúde constitui-se num espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS),

bem como para investigações sobre alimentação, nutrição e atividade física e para o monitoramento da situação e das ações locais implementadas. O presente estudo insere-se nesse contexto, utilizando dados sobre alimentação, nutrição e atividade física de mulheres moradoras em uma área do PSF.

Em estudo anterior com as mesmas moradoras do presente estudo, em uma macro-região do PSF, a da Vila Formosa, cidade de São Paulo, com objetivo de descrever a qualidade da alimentação em mulheres de diferentes estratos sociais e utilizando o Índice de Alimentação Saudável (IAS) como medida da qualidade da alimentação, verificou-se que apenas 12% delas apresentavam alimentação saudável e 69,2% alimentação pouco saudável (GOMES, 2003).

O estudo atual dá continuidade ao trabalho de mestrado visando um aprofundamento e ampliação tanto pela incorporação de outros elementos na problemática como o estado nutricional e a atividade física quanto pela análise dos dados do consumo alimentar a um banco de dados de alimentos atualizado e mais completo, a Tabela Brasileira de Composição de Alimentos – TACO, versão 2.2 (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2006). Além disso, perpassa pelo confronto entre a abordagem teórica da temática e o que a investigação de campo traz de contribuição singular.

Cabe a ressalva de que a opção em trabalhar com mulheres se deve ao fato de que elas representam um grupo vulnerável para os problemas que fundamentam a EG e a PNAN. Além do problema de excesso de peso, que as atinge, são elas que, em geral, tomam as decisões sobre alimentação e nutrição, sendo responsáveis pela escolha, compra e preparo da alimentação para a família (OMS 2004; DUTRA-DE-OLIVEIRA, 2002).

Por fim, neste contexto, o planejamento e implantação de ações orientadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira em conformidade com as diretrizes preconizadas, tanto na PNAN como na PNPS, representam um desafio, cabendo discutir obstáculos e oportunidades para ações locais mais efetivas.

O problema de investigação que norteia a pesquisa apresenta-se por meio do seguinte conjunto de questões:

Qual a situação das mulheres em relação à alimentação, nutrição e atividade física?

Em que medida a situação encontrada se aproxima das recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira?

Quais obstáculos e quais as oportunidades para uma ação local?

Nessa direção, este estudo tem como **objetivo central** analisar a situação alimentar, nutricional e a atividade física de mulheres em uma área do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo, visando discutir obstáculos e oportunidades para uma ação local, considerando as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira.

E como objetivos específicos:

- Analisar a situação alimentar quanto à adequação do consumo de alimentos e nutrientes;
- Analisar a situação do estado nutricional de mulheres da área referida;
- Analisar a situação de prática corporal/atividade física, quanto à adequação desta prática;
- Identificar obstáculos e oportunidades para o planejamento e implementação local de ações de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira.

2. Alimentação, nutrição e atividade física em tempos de promoção da saúde

“Os gregos desenvolveram o conceito de “paidéia” para significar educação. Filosofia, artes, política, guerra, retórica e educação corporal eram aspectos igualmente indispensáveis na formação do cidadão. Nós, os modernos, inventamos de separar todas essas partes. Se somos atletas, não sabemos filosofia. Se nos agrada a poesia, pouco cuidamos da cultura científica. E assim viemos perdendo pedaços de cidadania pelo progresso afora. Sujeitos fragmentados foram produzidos aos milhões. Tão cindidos como nossos saberes que perderam capacidade de se entreolhar e, por não se cruzarem quase nunca, também desaprenderam a crítica sábia produzida quando analisamos um campo, tanto de dentro como de fora dele”.

Gastão Wagner de S. Campos

2. ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA EM TEMPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Para o delineamento teórico e conceitual deste estudo, partiu-se da idéia de que algumas questões da saúde no Brasil precisam ser interpretadas, tais como, a compreensão das relações entre a saúde e outras esferas do processo social e, em particular, os condicionantes dos modos de viver dos sujeitos e coletivos como determinantes da sua qualidade de vida. Entretanto, tradicionalmente a saúde e os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, que coloca os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças e arranjos ocorridos no processo saúde-doença-tratamento ao longo da vida (BUSS, 2000; CARVALHO, 2005).

Historicamente, o paradigma² biomédico hegemônico concebe a saúde e a doença como fatos orgânicos, ou biológicos, centrando a abordagem na doença desconsiderando o contexto histórico-social e cultural na qual ela ocorre. A partir da década de 1970, o estabelecimento das relações entre saúde e condições de vida começa a fazer parte das discussões sobre causalidade, criando, de certa forma, uma aproximação entre os determinantes sociais e a saúde ou a doença. Nos países ditos desenvolvidos, como o Canadá, o questionamento sobre o paradigma biomédico ganhou intensidade levando à “crise do paradigma” ou “mudança de paradigma” (BUSS, 2000; CARVALHO, 2005).

Entre as considerações, emergiram concepções de saúde que se pretendiam mais globalizantes, situando o processo saúde-doença nas relações entre saúde e condições de vida. A tentativa de rompimento do paradigma hegemônico ocorre com a ampliação do conceito de saúde e representa uma possibilidade importante para mecanismos menos autoritários de intervenção no âmbito da saúde pública (PAIM, 2003a, b).

² Paradigma na acepção da palavra como modelo teórico

As discussões sobre a “crise do paradigma no setor saúde” podem ser elucidadas como fruto da crise do paradigma da ciência moderna. Em suas reflexões sobre a crise do paradigma da ciência moderna Boaventura de Sousa Santos (2006) observa que “a crise do paradigma dominante traz consigo o perfil do paradigma emergente”. Nas palavras do autor, o paradigma emergente ainda é difícil de se identificar dado o seu estado de transição mas o autor o denomina como “paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente”. Afirma Santos (2006, p.60):

[...] a natureza da revolução científica que atravessamos é estruturalmente diferente da que ocorreu no século XVI. Sendo uma revolução científica que ocorre numa sociedade ela própria revolucionada pela ciência, o paradigma a emergir dela não pode ser apenas um paradigma científico (o paradigma de um conhecimento prudente), tem de ser também um paradigma social (o paradigma de uma vida decente).

No que se refere às ciências da saúde, sabe-se cada vez mais da incapacidade do modelo de atenção à saúde dominante em explicar e responder aos processos de saúde e doença além das deficiências em lidar com os problemas da saúde humana (BUSS, 2000).

Buscando uma aproximação dessas reflexões teóricas, com o objetivo do presente estudo, sistematiza-se a seguir, os principais conceitos que constituem o marco de referências. Inicialmente, trata-se da abordagem da promoção da saúde circunscrevendo-a no panorama histórico e atual, incluindo a abordagem da proposta conceitual-metodológica da Vigilância da Saúde. Ambas abordagens teóricas que se complementam e possibilitam a compreensão dos aspectos que interferem nas condições de vida e saúde dos sujeitos e coletividades em busca da qualidade de vida. Na sequência, trata-se da promoção da alimentação e nutrição e da promoção da atividade física, contextualizadas pela situação da população adulta brasileira.

2.1 Promoção da Saúde

Na atualidade, os desafios a serem enfrentados na Saúde Pública, em especial no Brasil — tais como: a escalada da violência, a emergência das doenças crônicas e das infecto-contagiosas, os danos decorrentes do consumo de álcool, tabaco e outras drogas, dentre outros — obrigatoriamente torna necessário formular outros modos de gestão de políticas públicas, que envolvam atores da esfera federal, estadual, municipal, cabendo a cada um as responsabilidades de gerir o recurso financeiro público. Recentemente, com a instituição de algumas políticas no setor saúde, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), tem-se uma resposta mesmo que de maneira formal, tornando-se um convite para resgatar nosso ser antropofágico, acolhendo-se as reflexões de históricos sanitaristas brasileiro ao afirmarem que “falar de promoção da saúde no Brasil é lembrarmos e exercitarmos nossa postura antropofágica” (CAMPOS et al, 2004).

Panorama histórico

A expressão “promoção da saúde” foi utilizada pela primeira vez em 1945 por Henry Sigerist, médico canadense, que considerava esta uma das quatro áreas essenciais da medicina, a saber: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação. (BRASIL, 2002; BUSS, 2000; SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

A noção de promoção da saúde começou a ser desenvolvida no início da década de 70, a partir da incorporação do estilo de vida e da organização dos serviços de saúde para explicar a determinação das doenças, formando o modelo quadripolar (biologia humana, estilos de vida, ambiente e serviços de saúde) de “campo da saúde”. (BRASIL, 2002; BUSS, 2000; SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

O Informe Lalonde tido como marco histórico no Campo da Saúde Pública, traz o questionamento oficial sobre o impacto e o custo elevado dos cuidados médicos na saúde afirmando que “quando se identifica as principais causas atuais de doenças e

mortes no Canadá, vemos que estão centradas nos três elementos do conceito: biologia humana, meio-ambiente e estilos de vida. Portanto, é evidente que estão gastando somas no tratamento de enfermidades que poderiam ser evitadas”. Lalonde era então ministro da Saúde daquele país. Este documento dá início a uma grande reformulação no sistema de saúde do Canadá, se constituindo em uma nova perspectiva para a intervenção em saúde pública. (BRASIL, 2002; BUSS, 2000; SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

Em 1974, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Assistência Primária à Saúde, que ficou conhecida como a declaração de Alma Ata. Esta Conferência estabeleceu como princípios a universalização, a equidade, a regionalização e a hierarquização do setor saúde, em níveis crescentes de complexidade e participação popular, portanto, uma nova visão da promoção da saúde com a integração do enfoque estruturalista (mudança no ambiente) e do enfoque de estilo de vida (comportamento das pessoas). Em 1984, a OMS passa a introduzir nos seus documentos o conceito de Promoção da Saúde mediante estas duas dimensões (BRASIL, 2002; BUSS, 2000; SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

Mais tarde, em 1986, foi elaborado, na Oficina Regional da Organização Mundial de Saúde para a Europa, um documento que afirmava ser a promoção da saúde “*o processo que permite às pessoas adquirir maior controle sobre sua própria saúde e ao mesmo tempo melhorá-la*”. Além disso, foram definidos os princípios fundamentais da promoção da saúde e suas áreas temáticas, pontos norteadores da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa no Canadá em 1986 (BRASIL, 2002; BUSS, 2000; SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

Assim, no documento final, conhecido como a Carta de Ottawa, trouxe a ampliação da concepção de promoção da saúde com a incorporação da importância e do impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. Neste documento definiu-se promoção da saúde como “*o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*” (BRASIL, 2002; BUSS, 2000; SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

Outras Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde foram realizadas dando origem às seguintes declarações: a de *Adelaide* (Austrália) em 1988, que tratou das “Políticas Públicas Saudáveis”; a de *Sundsväl* (Suécia) em 1991, que teve como tema “Criação de Ambientes Favoráveis à Saúde”; a de *Santafé de Bogotá* (Colômbia) em 1992, que tratou das linhas de “Promoção da Saúde na Região das Américas”; a de *Jakarta* (Indonésia) em 1997, cujo tema foi “Promoção da Saúde no século XXI em diante - novos atores para uma nova era” (BRASIL, 2002; BUSS, 2000; SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

De acordo com Buss (2000, p.166), o referencial teórico da promoção da saúde traz um ‘conjunto de valores’ e seu conceito vem sendo elaborado por diferentes atores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais, que podem ser reunidos em dois grandes grupos:

Primeiro grupo

- a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando os seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram;

- os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças os quais estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Por exemplo, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito. Nessa abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos.

Segundo grupo reuniu-se aqueles em que a promoção da saúde:

- sustenta-se no entendimento de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde.

■ as atividades estariam mais voltadas para o coletivo de indivíduos e para o ambiente - compreendido este num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural - através de políticas públicas, de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão mais fáceis) e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

Outro ponto de debate ocorre em torno da linha divisória entre promoção da saúde e a prevenção de doenças. Textos de consagrados pesquisadores no assunto (BUSS, 2003; FERNÁNDEZ e REGULES, 1994 Apud BUSS, 2003; STACHTCHENKO e JENICEK, 1990 Apud BUSS, 2003) consideram que são enfoques complementares e não excludentes do processo saúde-doença seja no plano individual, seja no plano coletivo, pois com frequência o conteúdo teórico entre promoção da saúde e prevenção de doenças se diferencia com mais precisão do que as respectivas práticas. Ainda nesta direção, Paim (2003, p.169) afirma:

[...] enquanto a prevenção é entendida usualmente pela saúde pública como intervenção voltada para evitar a ocorrência de um problema específico, a promoção da saúde é definida mais amplamente, pois não está dirigida para uma dada doença ou agravo, mas serve para incrementar a saúde e o bem-estar.

Paralelo à difusão do movimento mundial da promoção da saúde, no Brasil, a temática aparece, em 1986, quando aconteceu VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) com o lema “Democracia é Saúde”, que de acordo com Paim (2003a) representa *“um marco e ponto alto de um amplo processo de discussão que envolveu inúmeros representantes de diversos segmentos sociais”*. No relatório final desta conferência foi afirmado o conceito ampliado de saúde (BRASIL, 1986) a saber: *“como resultado dos modos de organização social da produção, definida no contexto histórico de uma sociedade e deve ser conquistada pela população nos seus embates cotidianos”*.

Esse conceito amplo de saúde exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas, garantindo sua efetivação e a possibilidade real de acesso da população as

condições mínimas de sobrevivência digna e de bem-estar. Ao mesmo tempo, a proposta do conceito se tornou o pleno exercício do direito social à saúde e indissociável da participação popular na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde, devendo ser assegurado ao povo à liberdade de expressão e o acesso universal e igualitário aos serviços sanitários (PAIM, 2003a).

Com isso, de acordo com Teixeira (1998, 2001), os princípios ou valores contemplados no ideário da promoção da saúde, de certo modo, “fertiliza” o debate acerca da mudança do modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa direção, no Brasil, desde 1992, vem sendo discutido um modelo de atenção à saúde, o de Vigilância da Saúde, articulado com uma concepção mais ampla da epidemiologia, do planejamento e da organização dos serviços de saúde. Vislumbra-se a possibilidade de se compreender as relações sociais que definem a distribuição desigual dos agravos à saúde no país.

Paim (2001, 2003a) propõe um diagrama em três degraus de intervenção: o primeiro diz respeito aos riscos, o segundo aos danos e o terceiro aos determinantes sócio-ambientais. A visão ampliada da saúde, proporcionada por este modelo, prevê uma “intervenção social organizada”, ou seja, a oferta de ações de saúde programadas de acordo com os problemas/necessidades de saúde da população, identificadas pela ação conjunta das vigilâncias sanitária e epidemiológica e da assistência médica, que em última instância se traduzem em políticas públicas saudáveis.

Dessa forma, adotar a concepção ampliada do modelo de Vigilância da Saúde em um espaço social delimitado implica ir além do objetivo de transformar a situação de saúde. Na verdade, significa primeiro, adotar a política de implementação da oferta organizada de ações e serviços a partir da informação dos problemas/necessidades de saúde, obtida através do uso das ferramentas da planificação e tecnologias de gestão; segundo, priorizar a definição de grupos focais, ou seja, realizar intervenção pautada no saber epidemiológico, visando à integralidade das ações e um impacto positivo sobre os níveis de saúde que, por certo, é o que garante a continuidade das ações (PAIM, 2001, 2003a).

Neste particular, Teixeira (1998, 2001) salienta que a escolha por um determinado modelo de atenção à saúde não está isenta das interferências econômicas, políticas e ideológicas dos sujeitos sociais. A autora destaca que o essencial é a escolha de um modelo que supere as más condições de saúde da população, leve em conta a realidade local tanto do ponto de vista político e cultural, quanto social, epidemiológico e sanitário. Assim, talvez se possam dar condições à população para construção e transformação em comunidades saudáveis.

Panorama atual

Considerando-se a saúde como produto de um conjunto de fatores econômicos, sociais, culturais e demográficos, com destaque para alimentação, moradia, saneamento básico, ambiente, trabalho e renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 687 de 30/03/2006 institui a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). O documento fornece diretrizes e aponta estratégias de organização das ações nas três esferas de gestão do SUS, incluindo temas complexos como: violências, uso abusivo de álcool e outras drogas, a prevenção do tabagismo, entre outras ações, além de, evidentemente, a alimentação saudável e o incentivo à prática corporal/atividade física (BRASIL, 2006).

A PNPS pressupõe a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o modelo da atenção básica em saúde. Sua concepção como uma política transversal, integrada e intersetorial, traz um conjunto de valores da promoção da saúde, fundamentais, para enfrentar as questões complexas inerentes à problemática da promoção da alimentação, nutrição e atividade física, inseridas entre as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na PNPS (BRASIL 2006) - integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade -, descritas por Buss (2000), Sícoli e Nascimento (2003) e Campos et al (2004):

- **Integralidade** - A Promoção da Saúde deve estar orientada para a consecução e a qualificação da atenção integral à saúde. Assim, compromete-se em acolher sujeitos

e coletividades em todas as dimensões e momentos da sua vida e seus distintos modos de viver, trabalhando por sua crescente expressão de autonomia, e para fortalecer a perspectiva da Linha de Cuidado em Saúde de modo que promoção, prevenção, tratamento e reabilitação ocorram num processo articulado e coordenado.

▪ **Eqüidade** – A Promoção da Saúde deve contribuir para o enfrentamento das desigualdades sociais e de saúde, priorizando estratégias e ações que atendam aos sujeitos e coletividades mais vulneráveis e em situação de risco social e/ou sanitário a fim de diminuir a morbimortalidade por causas relacionadas a gênero, geração, renda, raça/etnia, região geográfica. Portanto, deve ser vista no contexto da necessidade e da justiça social.

▪ **Responsabilidade sanitária** – A Promoção da Saúde deve se apresentar como operador possível das mudanças necessárias dos modelos de atenção e gestão no SUS, promovendo inovações no âmbito das relações de responsabilidade. Isto, tanto em sua perspectiva macro – definição da competência de cada ente federado e organização de processos de gestão articulada e regionalizada das demandas, necessidades e recursos através da elaboração, acompanhamento e avaliação de planos regionais –, quanto micro – reorganização e reorientação dos serviços de saúde sob a égide da integralidade do cuidado, favorecendo a constituição de vínculo e de co-responsabilidade.

▪ **Mobilização e Participação Social** – A Promoção da Saúde deve fazer-se na construção compartilhada e democrática de saberes e de práticas que visem à melhoria da qualidade de vida da população, de modo que sujeitos e coletividades sejam partícipes e protagonistas no processo de planejamento, deliberação, gestão, acompanhamento e avaliação das políticas públicas.

▪ **Intersetorialidade** – A Promoção da Saúde, tendo em vista a concepção ampliada de saúde e os seus determinantes, deverá centrar-se no esforço em criar políticas públicas sinérgicas e/ou integradas e na construção de diálogo e de ações intersetoriais. Nessa direção, é fundamental que a perspectiva intersetorial contemple o acompanhamento de debate, elaboração, pactuação e implantação de

políticas públicas ligadas aos outros setores que provoquem impacto na saúde de sujeitos e coletivos de modo que a proteção da mesma seja considerada durante todo o processo de instituição de normas, legislações, programas e ações nos diferentes níveis de governo.

▪ **Informação, Educação e Comunicação** – A Promoção da Saúde deve investir na produção e na divulgação de informações que propiciem a redução das desigualdades sociais e da vulnerabilidade de comunidades e ambientes. Cabe, portanto, superar práticas educativas e regulatórias marcadas pela culpabilização e estigmatização, estimulando iniciativas protetoras e promotoras da saúde e da qualidade de vida. Dessa forma, a Promoção da Saúde ratifica o compromisso com a autonomia de sujeitos e coletividades, enfatizando a importância de estratégias e práticas de redução de danos.

▪ **Sustentabilidade** – A Promoção da Saúde busca superar a organização e o planejamento de estratégias, ações e atividades pontuais, fragmentadas, descontínuas ou exclusivamente em programas de governos. Desta maneira, as ações de promoção da saúde devem contar com estratégias múltiplas e alianças com os diversos atores sociais que favoreçam o compromisso dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários com o desenvolvimento das mesmas no cotidiano dos serviços e dos diferentes espaços sociais onde estas se realizarão. Dentre as estratégias coloca-se a importância da institucionalização do campo da promoção da saúde nos diversos níveis de governo, a garantia de financiamento e da participação e controle social.

2.2 Promoção da Alimentação da Nutrição

No Brasil, atualmente, se convive com os dois extremos dos problemas nutricionais, a deficiência de peso e o excesso de peso. Uma dupla carga da má-nutrição originada por uma alimentação insuficiente ou inadequada.

A promoção da alimentação e da nutrição via políticas públicas, no Brasil, até a década de 1990, foi focada na alimentação insuficiente. A partir daí se fortalece no país uma concepção para construção de uma política de segurança alimentar e nutricional abrangendo, seja alimentação insuficiente, seja inadequada, isto é, assegurar o direito humano à alimentação adequada. A literatura específica com maiores detalhes e análises sobre a temática pode ser encontrada, por exemplo, nos trabalhos de L'Abatte (1998, 1999) e Valente (2002). Cabe aqui destacar, brevemente, alguns aspectos do histórico da política pública federal (programas e ações) onde há o registro de muitas experiências pontuais de programas e ações e poucas com articulação das ações e continuidade, de acordo com os referidos trabalhos de L'Abatte (1998, 1999) e Valente (2002).

Panorama histórico

Nos anos de **1940 a 1960** as políticas de alimentação e nutrição prioritárias tiveram como marco a criação do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), o primeiro órgão de política de alimentação no Brasil. A ação de intervenção que caracterizou sua estrutura e proposta foi consolidada por meio da educação enquanto solução para os problemas de ordem alimentar e nutricional da população. Embora o destaque tenha sido conferido à busca de alternativas tecnológicas para a reversão da precária situação alimentar e nutricional da população, simultaneamente, foram também desenvolvidas ações educativas visando despertar a comunidade sobre a importância e os benefícios para a saúde decorrentes do uso racional dos alimentos.

O problema nutricional considerado prioritário foi a desnutrição, tendo como principal causa o “mito da ignorância”, a falta de informação. O modelo de atenção à saúde desse período enfatizou a recuperação, atenção tardia, sob uma perspectiva hospitalocêntrica para as populações de baixa renda. Desse período, vale ainda ressaltar que em 1955, passou a ser institucionalizado o PNME - Programa Nacional de Merenda Escolar, o qual foi transformado, nesse mesmo ano, em CNME - Campanha Nacional de Merenda Escolar. Atualmente chamado Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).

Entre os anos **1970 a 1980**, ocorreu a criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde. Após o fracasso de sua primeira empreitada, o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN I), foi lançado em 1976, o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN II) que se estendeu até 1985. Concentrando-se em três vertentes de atuação:

- 1) suplementação alimentar a diversos grupos da população;
- 2) racionalização do sistema de produção de alimentos com ênfase no estímulo ao pequeno produtor;
- 3) combate às carências nutricionais apoiado em medidas de natureza técnica e tecnológica.

Essas vertentes enfatizavam a suplementação alimentar para a alimentação enquanto direito, reconhecendo a baixa renda como principal obstáculo para o acesso à alimentação e, como problemas nutricionais prioritários, a desnutrição e a fome. Assim, as ações foram focadas em populações de baixa renda e o modelo de atenção à saúde manteve a ênfase na recuperação, atenção tardia, hospitalocêntrico. Destaca-se que dentre outros programas no período, em 1976 foi criado o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), ainda ativo na atualidade.

Nos anos **1990 a 2000**, verificou-se o esvaziamento da preocupação com a problemática alimentar na agenda estatal e a extinção progressiva de todos os programas de alimentação e nutrição de âmbito nacional, com exceção do PNAE e do PAT. Somente a partir de 1993, com a criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), o tema voltou à cena política do país.

Na última década do século XX, as políticas de alimentação e nutrição do período, partem do Programa de Combate a Fome e à Miséria e pela Cidadania chegando à Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN em 1999, que enfatiza a promoção da segurança alimentar e de práticas alimentares saudáveis. Os problemas nutricionais prioritários que nortearam seu enfoque foram a situação de desnutrição e obesidade e também a prevenção das doenças crônicas. A PNAN assume a questão das dificuldades de acesso como causa principal dos problemas

nutricionais encontrados na população: tanto alimentar devido ao baixo poder aquisitivo, como à informação apropriada sobre alimentação e doenças associadas. Passando a adotar como modelo e foco da atenção a promoção da saúde para toda a sociedade.

Para o alcance de seus propósitos, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) definiu como diretrizes: estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto; monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2003).

Panorama atual

Inerente a todas as ações da PNAN, a promoção da alimentação saudável emerge como estratégia central e ratifica o compromisso assumido pelo governo brasileiro nos documentos internacionais da sua fundamental relação com a promoção da saúde e a prevenção de doenças (OMS, 2004; BRASIL, 2004b).

No Relatório Mundial da Saúde da OMS de 2002 constam os seis principais fatores de risco responsáveis pela maior parte das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e mortes no mundo: hipertensão arterial, sobrepeso e obesidade, hipercolesterolemia, consumo de tabaco, baixo consumo de legumes, verduras e frutas e inatividade física (OMS, 2002).

No perfil epidemiológico atual da população mundial, as DCNT são relevantes. Estimativas da OMS apontam que as doenças crônicas são responsáveis por cerca de 60% das mortes e 46% da carga total de doenças no mundo (ACHUTTI e AZAMBUJA, 2004; OMS, 2002). No Brasil, as DCNT são responsáveis por 62% de todas as mortes e 39% de todas as hospitalizações registradas no Sistema Único de Saúde (ACHUTTI e AZAMBUJA, 2004; LESSA, 2004).

Procurando conter o acelerado crescimento das doenças crônicas e seus principais fatores de risco, a OMS elaborou a Estratégia Global (EG) para alimentação, atividade física e saúde (OMS, 2004) a partir do relatório técnico 916 (WHO, 2003) e aprovada pelos países membros, entre eles o Brasil (OMS, 2004; BRASIL, 2004b). A adesão do Brasil à EG da OMS representa um compromisso do país com a promoção da saúde e a prevenção das doenças crônicas, dando visibilidade a estas questões na agenda da saúde pública mundial (CGDANT, 2004).

A elaboração da EG da OMS foi subsidiada pelo relatório técnico 916 (WHO, 2003) no qual se apresenta uma extensa compilação e análise das evidências científicas sobre a temática. A EG da OMS traz uma recomendação aos países descrevendo medidas (ações, metas e objetivos) para a promoção da alimentação saudável e prática regular da atividade física. Tem como objetivo estabelecer um conjunto equilibrado de orientações e recomendações para ações, programas e políticas a serem adaptadas à realidade dos diferentes países e integradas às suas políticas nacionais de saúde, agricultura, desenvolvimento social (OMS, 2004; BRASIL, 2004b).

As recomendações da EG da OMS para alimentação e nutrição são: alcançar balanço energético e peso saudável; limitar o consumo total de gorduras e redirecionar o consumo de gorduras saturadas e eliminar o consumo de gorduras hidrogenadas (“trans”); aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras; limitar o consumo de açúcares livres (sacarose). Com relação a atividade física, se recomenda pelo menos 30 minutos de atividade regular de intensidade moderada na maioria dos dias (OMS, 2004).

A comparação estabelecida (BRASIL, 2004b) entre a EG da OMS e a PNAN, indica que ambas defendem o mesmo propósito central de fomentar a responsabilidade compartilhada entre sociedade, setor produtivo e setor público pelas mudanças sócio-ambientais coletivas, de modo a favorecer as escolhas saudáveis para a construção de modos de vida que tenham como objetivo central a promoção da saúde e a prevenção das doenças.

Nessa direção da promoção da saúde e da prevenção das doenças crônicas, a PNAN institui o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2005) como um instrumento para promoção da alimentação benéfica e modos de viver saudáveis, dentre estes a prática regular da atividade física. Segundo o Guia, a fundamentação teórica agrega tanto os propósitos da PNAN quanto os objetivos da EG da OMS e se consolida como elemento concreto para promoção da alimentação saudável, da atividade física e da saúde.

Oficialmente, é o primeiro conjunto de diretrizes alimentares para a população brasileira maior de dois anos de idade e tem como objetivos (BRASIL, 2005):

- garantir o crescimento e desenvolvimento adequado de crianças e adolescentes;
- promoção da saúde;
- prevenção de doenças relacionadas à alimentação;
- manter o balanço/equilíbrio energético.

Consta ainda no Guia Alimentar para a População Brasileira que o mesmo se destina, especialmente, aos profissionais de saúde da Atenção Básica vinculados ao PSF, os quais receberão informações sobre a promoção da alimentação saudável a fim de subsidiar abordagens específicas no contexto familiar. Em resumo, a promoção de modos de viver saudável, conjugando e articulando alimentação, nutrição e atividade física devem ser enfatizadas ao longo do curso da vida: da infância à velhice, permitindo uma vida longa e saudável (BRASIL, 2005).

2.2.1 Cenário da situação alimentar e nutricional do adulto no Brasil

Temos algumas limitações para descrever o padrão alimentar da população brasileira devido aos escassos estudos de avaliação do consumo alimentar. A principal referência é proveniente do Estudo Nacional das Despesas Familiar (ENDEF) realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na década de 70, que além do levantamento dos dados sobre alimentos consumidos, coletou medidas antropométricas, informações sobre saúde e dados sócio-econômicos (IBGE, 1977).

Além deste estudo, as Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) são alternativas utilizadas como fontes de dados nacionais. A POF da década de 60 foi realizada pela Fundação Getúlio Vargas e as das décadas 80 e 90 pelo IBGE. Dados mais recentes foram publicados pelo IBGE da POF 2002-2003. Estes inquéritos domiciliares são baseados em amostras representativas das populações das áreas metropolitanas do Brasil. O ENDEF estimou o consumo médio per capita diário das famílias de forma direta, com base no método de pesagem dos alimentos e as POF's estimam as quantidades de alimentos disponíveis no domicílio baseada nas despesas com alimentação, o que os descaracteriza como investigações plenamente adequadas ao estudo do consumo alimentar (MONDINI e MONTEIRO, 1994).³

Embora estes inquéritos tenham metodologias diferenciadas, a comparação entre eles, realizada por Mondini e Monteiro (1994), permitiu identificar tendências dos padrões alimentares ao longo das décadas de 1960, 1970 e 1980 para as populações urbanas do país. Esses autores verificaram: redução no consumo de cereais e derivados, feijão, raízes e tubérculos; aumento no consumo de ovos, leite e derivados, carnes; alto consumo de açúcar, totalizando cerca de um quarto do total de carboidratos da dieta; substituição da banha, toucinho e manteiga por óleos vegetais e margarina; alto consumo de gordura vegetal em detrimento da gordura animal, chegando a superar, na região sudeste, o limite máximo (30%) recomendado pela OMS.

Em outro estudo referente à década de 1990, Monteiro et al. (2000) revelam diferenças regionais nos padrões alimentares do brasileiro, tendo sido observado que o consumo de carnes, leite e derivados foi intensificado em todas as áreas metropolitanas, enquanto o consumo de ovos passou a declinar, sobretudo no Centro-Sul do País; as leguminosas, raízes e tubérculos mantiveram tendência de redução no consumo; os cereais e derivados mostraram consumo estabilizado no Centro-Sul, tendo se elevado ligeiramente no Norte-Nordeste; a participação relativa do açúcar refinado e refrigerante cresceu em todas as áreas; e o consumo de óleos

³ Consumo alimentar na acepção de ingestão.

e gorduras vegetais manteve-se constante no Norte-Nordeste e declinou no Centro-Sul.

No estudo multicêntrico realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), o consumo alimentar foi avaliado em cinco cidades do país, utilizando como método a frequência alimentar. Mais uma vez, apesar das diferenças metodológicas entre ENDEF, POF e este inquérito, foi possível projetar tendências de consumo a partir dos dados quantitativos. Em relação ao ENDEF confirmaram-se as variações negativas de consumo já identificadas para alguns gêneros básicos como carnes bovinas, ovos, feijão e arroz. Por outro lado houve aumento do consumo de frango, lingüiça, leite, queijos, óleo, macarrão, bolacha, entre outros. Já com relação à POF (década de 80) houve a redução do consumo de ovos e leite. Chamou atenção a acentuada elevação do consumo de refrigerantes, cerveja, leite condensado e salsicha, constatada pela comparação dessas investigações.

Os resultados da primeira POF, deste início de século (2002-2003), destacam como característica positiva dos padrões alimentares à adequação do teor protéico e o elevado aporte de proteínas de alto valor biológico (proteínas de origem animal). E como características negativas, também para todo o país, o teor excessivo de açúcar nas dietas (com redução no consumo de açúcar refinado e aumento no consumo de refrigerantes) e insuficiente consumo de frutas e hortaliças. Nota-se, ainda, que alimentos tradicionais na dieta do brasileiro, como arroz e feijão, continuaram a perder importância, enquanto o consumo de alimentos industrializados, como biscoitos e refrigerantes aumentou (IBGE, 2004). Essa tendência dos produtos industrializados já havia sido marcada por Cyrillo (1997).

O inquérito realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), no módulo dieta, buscou investigar, entre outros, a frequência do consumo de frutas, legumes e verduras cinco vezes ou mais por semana e observou que em todas as capitais estudadas a frequência do consumo foi superior a 50%, com exceção da região Norte onde menos de 25% da população estava dentro da recomendação para consumo de frutas, legumes e verduras diariamente (BRASIL, 2004c).

Em síntese, o padrão alimentar da população brasileira (antes baseado no consumo de cereais, feijões, raízes e tubérculos) vem sendo substituído por alimentos industrializados com alto teor de gorduras e açúcar. Esta mudança tem colocado a população em maior risco para doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) (SICHIERI, NASCIMENTO e MOURA, 2002; MONTEIRO, MONDINI e COSTA, 2000), pois existem evidências científicas no campo da epidemiologia nutricional que demonstram a estreita relação entre essas características da dieta e a ocorrência de DCNT, entre elas, as cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II e certos tipos de câncer (WHO, 2003; WILLETT, 1998).

Os estudos que investigam o papel dos alimentos e nutrientes ou grupo de nutrientes na etiologia das doenças foram reunidos no relatório técnico 916 da Organização Mundial da Saúde (OMS) que trata da relação entre dieta, nutrição e prevenção de doenças crônicas. Entre outras observações, sintetiza-se que a associação entre o consumo de gorduras saturadas e a ocorrência de doença coronariana e o consumo de gordura de origem animal e a ocorrência de câncer de cólon, próstata e mamas estão bem estabelecidos. Além disso, há igualmente evidências de que dietas ricas em legumes, verduras e frutas estão associadas à diminuição da ocorrência de alguns tipos de câncer, como de pulmão, cólon, esôfago e estômago (WHO, 2003; WILLETT, 1998).

Em paralelo a estas mudanças acerca do padrão alimentar da população adulta brasileira também aconteceram alterações significativas no **estado nutricional**. Para avaliação do estado nutricional em estudos populacionais, recorre-se geralmente a índices antropométricos. O indicador mais utilizado em adultos é o Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela razão peso/altura ao quadrado (kg/m^2), e que tem alta correlação com as medidas de gordura corpórea e, portanto, implica na focalização dos distúrbios do balanço energético (WHO, 1998, 2003).

A evolução do estado nutricional no Brasil tem sido investigada por meio dos dados de antropometria provenientes dos inquéritos nutricionais do ENDEF (já mencionado) e mais recentemente da POF 2002-2003 (IBGE, 2004), além dos dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) e da Pesquisa de Padrão de Vida (PPV), circunscrevendo o último quarto do século passado (IBGE,

1989; 1998). A comparação entre estes estudos mostra que de um lado a proporção de indivíduos adultos com déficits ponderais reduziu-se quase a metade e, do outro, observou-se o aumento do percentual com excesso de peso (IBGE, 2004).

Define-se excesso de peso, para valores de IMC igual e/ou acima de 25 kg/m^2 , ponto de corte preconizado pela OMS e largamente utilizado em pesquisas (WHO 1995). No Brasil, a exemplo de outros países, o excesso de peso e suas consequências à saúde têm sido relatados em diversos estudos, sendo considerado problema de saúde pública e fator de risco para as DCNT (WHO, 2003; IBGE, 2004; MONTEIRO, 2000). O excesso de peso aumentou de 21% nos anos de 1970, segundo o ENDEF, para 32% segundo a PNSN (1989) em 15 anos, chegando a 38,8% segundo a PPV, e a 40,7% da população adulta brasileira, de acordo com a POF 2002-2003.

Em uma análise comparando estimativas da POF de 2002-2003 com estimativas das pesquisas anteriormente já citadas (ENDEF e PNSN), verificou-se que o problema de excesso de peso atinge 40% das mulheres, identificando-se uma tendência crescente entre as que se situam nas classes de menor renda (IBGE, 2004).

Vários estudos têm mostrado a importância relacionada a problemas de saúde não somente do excesso de peso em si, mas do local onde a gordura se deposita. A gordura com localização abdominal tem sido associada como fator de risco para as DCNT. A circunferência da cintura (CC), como medida isolada tem sido utilizada como indicador de obesidade/gordura abdominal em homens e mulheres (WHO, 2003), entretanto, no Brasil, os inquéritos nutricionais para a população brasileira ainda não incorporam este indicador, não se conhecendo, portanto, a situação nutricional da população adulta brasileira de acordo este tipo de indicador, consequentemente, no presente estudo não constam dados complementares para compor o cenário da situação do estado nutricional.

Cabe ressaltar que a natureza e as causas do excesso de peso são temas complexos e que se procura alcançar por meio de estudos contínuos, tanto aqueles relacionados ao modo de viver (sedentarismo, tipo de ocupação e padrão de consumo alimentar) como os genéticos e outros que abordam uma complexa

interação de variáveis os quais incluem influências psicológicas e culturais, assim como mecanismos fisiológicos regulatórios (ANJOS, 2006). Entre estes se destacam os modos de viver, pois se relaciona com o balanço energético.

O fundamental para manter um balanço energético é o equilíbrio entre ingestão e gasto energético. Se a ingestão excede o gasto, ocorre um desequilíbrio positivo, com deposição de gordura e tendência ao ganho de peso (WHO, 2003). Nesse contexto, a atividade física, como fator determinante do gasto energético, tem um papel determinante para o equilíbrio energético e manutenção do peso saudável.

2.3 Promoção da Atividade Física

A atividade física relaciona-se com os mesmos aspectos de saúde que a alimentação e os dois se integram aos modos de viver e conseqüentemente fazem parte das ações para promoção da saúde. Atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pelo sistema músculo esquelético que resulte em um substancial aumento no gasto energético de repouso (CASPERSEN et al, 1985 apud NOGUEIRA e PALMA, 2003).

Em geral, essa atividade compreende a atividade física ocupacional, as atividades domésticas e aquelas realizadas no tempo livre. A duração, a freqüência e a intensidade destas atividades variam entre os indivíduos e exercem um importante papel na manutenção do peso corporal. Além disso, o padrão de atividade física afeta o gasto calórico, o metabolismo das gorduras e a ingestão de alimentos (CASPERSEN et al., 1985, apud NOGUEIRA e PALMA, 2003).

De acordo com o documento final da I Conferência Nacional de Esporte (CNE) e a partir do entendimento do conceito ampliado de saúde, define-se que “as práticas corporais são expressões individuais e coletivas advindas do conhecimento e da experiência do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica e outros” (BRASIL

2004a). Esta concepção foi mantida no documento da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006)

Com esta compreensão, o “campo da atividade física” amplia as possibilidades de organização e escolha das práticas corporais, entendidas como benéficas a saúde de sujeitos e coletividades, constituindo mudanças nos modos de produção da saúde, tanto nas unidades que compõem o Sistema Único de Saúde - SUS, quanto nos núcleos de esporte e lazer, integrantes dos projetos sociais fomentados pelo Ministério do Esporte (BRASIL, 2004a).

Panorama histórico

No Brasil, ações e programas de promoção da atividade física para modos de viver mais saudáveis e, portanto, atividades físicas voltadas para a saúde ou desenvolvimento humano, ocorrem a partir da década de 1980. Essa relação com a saúde pode ser percebida em algumas iniciativas adotadas pelo poder público (FERREIRA e NAJAR, 2005).

Em 1986, foi criado o Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte pelos Ministérios da Saúde e da Educação e do Desporto, inicialmente implementado em 14 Estados brasileiros, posteriormente ampliado para 27. O programa surgiu com o objetivo de contribuir para o aumento da prática desportiva e de atividades físicas pela população, conscientizando-a sobre a importância destas, como fator de saúde e estimulando o desenvolvimento de hábitos mais saudáveis de vida. Dentre as ações implementadas, destaca-se a edição de materiais de educação à distância sobre Atividade Física e Saúde, formando base para compor uma “rede nacional de informações” tendo em vista promoção da prática de atividades físicas (FERREIRA e NAJAR, 2005).

Especificamente, no Estado de São Paulo em 1996, foi lançado o ‘Programa Agita São Paulo’ pela Secretaria de Saúde do Estado. Seus objetivos eram incrementar o conhecimento da população sobre os benefícios da atividade física para saúde, incentivando à sua prática. Elegendo escolares, trabalhadores e idosos para

implementar ações e estratégias notadamente na elaboração de material educativo (cartazes, manuais, vídeos, etc) e na organização de eventos (MATSUDO, 2001; FERREIRA e NAJAR, 2005).

Com a difusão do “Agita São Paulo”, o governo federal, via Ministério da Saúde, propôs ações de promoção da atividade física nacionalmente, em 2001, com o Programa Nacional de Promoção da Atividade Física. Conhecido como ‘Agita Brasil’, manteve o objetivo de “incrementar o conhecimento da população sobre os benefícios da atividade física, chamando a atenção para a sua importância como fator predominante de proteção à saúde”. Além das crianças, adolescentes, trabalhadores e idosos, o ‘Agita Brasil’ incluiu os portadores de doenças crônicas (FERREIRA e NAJAR, 2005; BRASIL, 2002).

O Ministério do Esporte, criado em 2003, tendo como missão “formular e implementar políticas públicas inclusivas e de afirmação do esporte e do lazer como direitos sociais dos cidadãos que, conseqüentemente, devem ser tratados como questões de Estado, colaborando para o desenvolvimento nacional e humano” (BRASIL, 2004a).

Em 2004, esse Ministério convoca a I Conferência Nacional do Esporte (CNE) com o tema “Esporte, Lazer e Desenvolvimento Humano” propondo a construção do Sistema Nacional do Esporte e Lazer, cabendo-lhe promover o estabelecimento de suas bases (princípios, diretrizes e objetivos propostos) em consonância com as demais políticas nacionais (descentralizada e regionalizada) em todo o território nacional e a indicação de competências das esferas nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2004a). De acordo com a I CNE:

[...] o referencial histórico-social possibilitou reconhecer um significado mais amplo de saúde, qualidade social de vida e o esporte e o lazer como prática social e expressão da nossa cultura. Essa é uma visão secular, mas que ganhou força a partir de 1980, primeiro nos meios acadêmicos, depois entre gestores do esporte e do lazer e, hoje, pode-se dizer que é amplamente difundida no Brasil.

Além do mais, de acordo com a legislação vigente, o esporte pode ser reconhecido nas manifestações de rendimento, educacional (escolar) e de participação (lazer e recreativo). Nesta última, a lei vigente compreende que:

[...] em sua realização deve prevalecer o sentido lúdico, caracterizado pela livre escolha, busca da satisfação e construção, pelos próprios sujeitos envolvidos, dos valores ético-políticos a serem materializados.

No ano de 2006 ocorre a II CNE com o tema “Construindo o Sistema Nacional do Esporte e Lazer”. Na plenária final, aprova-se o Sistema Nacional de Esporte e Lazer (BRASIL, 2006).

Panorama atual

O documento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apresenta ações específicas para promoção da prática corporal/atividade física os anos 2006-2007, a saber:

- **Ações na rede básica de saúde e na comunidade** para mapear, apoiar e/ou inserir as ações de prática corporal/atividade física existentes nos serviços de atenção básica e na Estratégia de Saúde da Família, voltadas para a comunidade como um todo, grupos vulneráveis e pessoas com deficiências; capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e práticas corporais/atividade física; pactuar e articular ações do “Pratique Saúde no SUS” com os gestores do SUS e outros setores para criação e/ou adequações/melhorias no ambiente: área física, equipamentos, espaços públicos, ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, outros).
- **Ações de aconselhamento** nos serviços de saúde e **campanhas de divulgação** junto à população para estimular modos de viver mais saudáveis.
- **Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros** por meio da pactuação com os gestores do SUS e outros setores visando estimular a formação de redes

entre municípios, comunidade, escolas, ambientes de trabalho, universidades e demais espaços públicos para promoção de prática corporal/atividade física.

- **Ações de monitoramento e avaliação** para desenvolver estudos, formular metodologias e estratégias de práticas corporais/atividades físicas no controle e na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis; articular com instituições de ensino e pesquisa para monitoramento e avaliação das ações no campo das práticas corporais/atividade física; e consolidar a Pesquisa de Saúde dos Escolares.

2.3.1 Cenário da situação atividade física do adulto no Brasil

Informações de caráter nacional sobre padrões de atividade física no Brasil são provenientes de poucos estudos. Além disso, um dos grandes problemas no delineamento dos estudos sobre padrões de atividade física deve-se à dificuldade em mensurá-la em estudos populacionais. A ausência de estudos em larga escala e de instrumentos consensuais entre os diversos pesquisadores dificulta a obtenção de um panorama das tendências bem como a comparação entre os estudos.

O inquérito populacional realizado pelo IBGE em 1996/97 nas regiões Nordeste e Sudeste, a Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), contemplou a questão da atividade física. A análise dos dados colhidos por essa pesquisa, que avaliou a atividade física no momento de lazer, evidenciou que apenas uma minoria dos indivíduos adultos (3,3%) atinge a recomendação de acumular no mínimo 30 minutos diário de atividade física moderada e/ou intensa em cinco ou mais dias da semana. Verificou-se também que homens e mulheres apresentam diferenças nos padrões de atividade física no lazer: os homens mais jovens são mais ativos que as mulheres jovens. Essa diferença tende a diminuir a partir dos 40 anos. Em relação às diferenças socioeconômicas (renda e escolaridade) a associação foi direta: quanto maior a renda e a escolaridade, maior a frequência de atividade física no lazer (MONTEIRO et al., 2003).

Ainda em relação a estudo sobre atividade física no lazer, alguns foram realizados de forma pontual. Numa pesquisa realizada na Cidade do Rio de Janeiro constatou-

se que cerca de 60% dos homens e 78% das mulheres não realizavam nenhuma atividade física no momento de lazer. Verificaram ainda que os grupos de meia idade e idosos, as mulheres e indivíduos de baixa escolaridade foram os que mais se associaram ao sedentarismo no lazer (GOMES et al., 2001).

Costa et al. (2003) verificaram que o sedentarismo no lazer foi 47,8% em homens e maior ainda nas mulheres (59,2%) estando esse resultado associado à baixa escolaridade. Resultados similares foram encontrados por Pitanga e Lessa (2005) no estudo com amostra de 2.292 adultos maiores de 20 anos na cidade de Salvador-BA que investigou a prevalência do sedentarismo no lazer. Encontraram prevalência de 72,5%, sendo mais freqüente em mulheres entre 40-59 anos e homens maiores que 60 anos de idade e em pessoas com baixa escolaridade.

Masson et al. (2005), estudaram mulheres de 20 a 60 anos, residentes na zona urbana de São Leopoldo-RS. Quanto à prática de atividade física no lazer verificaram que somente 3,6% eram ativas e somando 37% de sedentárias mais as que eram insuficientemente ativas 59,4%, perfaz um total de cerca de 96,4% das mulheres que não atingiam as atuais recomendações de prática de atividades físicas.

Em relação aos estudos que investigam a atividade física de forma mais ampla no Brasil, foi realizado um inquérito de base populacional pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), que levou em consideração não somente a atividade física no lazer, mas também aquela relacionada com a ocupação, meios de locomoção e o trabalho doméstico. Foram investigados indivíduos com idade igual ou maior de 15 anos em 15 capitais e Distrito Federal. Especificamente, para São Paulo (capital), verificou-se um total geral com 35,4 % de indivíduos que foram classificados como insuficientemente ativos, sendo o percentual para o sexo feminino (40,6 %) maior que para o masculino (28,6%) (BRASIL, 2004c).

Hallal et al (2003) realizaram um estudo populacional na cidade de Pelotas-RS para avaliar atividade física de forma global. Observaram que 41% dos adultos foram classificados como insuficientemente ativos por não atingirem as recomendações para atividade física resultante da frequência igual ou maior que cinco dias na

semana e com duração igual ou maior que 150 minutos por semana. Dados do 'Programa Agita São Paulo', analisados por Matsudo et al (2002), indicam que cerca de 46% da população estudada eram sedentárias ou irregularmente ativas (pelo menos 30 minutos de atividade física por dia).

Enfim, retomando as idéias anteriores, cabe algum esforço de síntese e algumas considerações. No início deste século, o tema alimentação saudável e atividade física ganhou prioridade e visibilidade nas agendas da Saúde Pública/Coletiva de organismos internacionais como OPAS e OMS e do governo brasileiro.

Como ponto de partida, a alimentação além de ter uma relação vital com a saúde é considerada como um direito humano por alguns organismos internacional e nacional. Depois da Segunda Guerra Mundial ocorreu a proposição de leis sobre direitos humanos sendo promulgadas no bojo da criação da Organização das Nações Unidas (ONU), a partir de 1948. O direito humano à alimentação faz parte desse processo de inserção como um dos princípios fundamentais da pessoa humana. No Brasil, o direito humano à alimentação é previsto na Constituição Federal de 1988, entretanto, o país só assume esse ideário em uma política setorial quando em 1999 o Ministério da Saúde define entre os pressupostos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, o direito humano à alimentação, recentemente, transformada em lei, a LOSAN (BRASIL, 2003, 2006). Todavia, os limites nos ideais de igualdade desses direitos (formais) enfrentam as oportunidades (reais) nas diversas sociedades.

Cabe ressaltar que nos documentos publicados, Estratégia Global (EG) da OMS e Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) do MS, algumas recomendações são comuns, mas há diferenças postuladas entre eles, pois os ideários que mencionam "compatilhar" nos documentos brasileiros (BRASIL 2004b, 2006) não são tão lineares, ocorrem **distâncias e proximidades**.

A EG da OMS, a PNPS e o Guia Alimentar do MS compartilham algumas recomendações ao elegerem a alimentação e a atividade física como fundamentais para a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), isto é, abordam vulnerabilidades e riscos. Entretanto, a questão do direito faz parte dos pressupostos

nas duas políticas brasileiras (primeiro a PNAN em 1999 e depois a PNPS em 2006), portanto, avançam quanto às recomendações de alimentação, nutrição e atividade física visto que são mais amplas que as recomendações da EG da OMS.

A PNPS, o Guia Alimentar e a EG da OMS **se aproximam** seja quando direcionam suas proposições de ação para o local, como nos serviços de saúde, nas escolas e nos ambientes de trabalho, dentre outros; seja na abordagem de algumas recomendações de alimentação e atividade física para a prevenção de doenças crônicas baseada nas evidências científicas.

Entretanto, se **distanciam** na medida em que as premissas são diferentes, a EG toma a alimentação inadequada e a insuficiência da prática da atividade física como “medicamento” ou “risco” a saúde, enquanto a PNPS/PNAN/Guia tomam a alimentação e a prática corporal/atividade física como direito e respeito às culturas; por princípios a EG da OMS se distancia da PNAN e da PNPS porque as duas políticas brasileiras são regidas pelo princípio do direito humano enquanto a primeira responde a uma emergência das DCNT e aos altos custos dessas doenças para o setor público. Uma aborda o “assunto” e as outras duas abordam a “pessoa” na sua “integralidade”.

3. O estudo local: material e método

“Se queres ser universal, fala da tua aldeia.”

Leon Tolstoi

3. O ESTUDO LOCAL: MATERIAL E MÉTODO

3.1 Material e Método

O presente estudo foi realizado utilizando-se os dados de um inquérito domiciliar junto a uma amostra de mulheres adultas, com cadastro familiar em uma área do Programa de Saúde da Família – PSF, zona leste da cidade de São Paulo, no período de outubro a dezembro de 2001.

Delineamento

Esta pesquisa corresponde a um estudo transversal do tipo exploratório.

Área e população

A população deste estudo constituiu-se de mulheres entre 20 e 50 anos, que possuíam cadastro familiar no Programa de Saúde da Família – PSF, moradoras na macro-região de Vila Formosa, cidade de São Paulo, e distribuídas em 15 micro-áreas de abrangência do programa (FIGURA 1).

Anteriormente, o PSF foi denominado como Projeto Qualidade Integral em Saúde (QUALIS I), na cidade de São Paulo, o qual foi implantado na região da zona leste da cidade em 1996. A partir de 2001, com a municipalização do sistema de saúde, se expande por toda a cidade. As equipes que trabalham no PSF – compostas por agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeira e médico – fazem o atendimento básico à população com visitas domiciliares e na Unidade Básica de Saúde (UBS). O programa atua em macro-regiões delimitadas por critérios definidos a priori e, cadastra todos os domicílios e seus moradores no momento da implantação. Sendo usuários ou não da UBS, as famílias cadastradas, recebem visitas mensais dos agentes comunitários de saúde, os quais registram as informações e as repassam ao Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

Figura 1. Mapa de abrangência de atuação do Programa de Saúde da Família/Qualis I. Região da Vila Formosa, zona leste, São Paulo – SP, 2001.

Plano de amostragem

Considerando o enfoque do estudo para mulheres adultas, a população entre 20 e 50 anos era constituída por 2.545 mulheres em setembro de 2001. Em função da falta de recursos financeiros e do limite de tempo para a realização da coleta dos dados, considerou-se viável entrevistar uma amostra de 424 mulheres, sob perda potencial de 20%. A população foi então estratificada segundo as 15 micro-áreas de abrangência do PSF, macro região de Vila Formosa. Para isso foi utilizada a amostra obtida por sorteio sistemático (SILVA 1998), com intervalo (I) constante calculado por:

$$I = U/TA = 2545 / 424 = 6,0$$

onde:

U = universo populacional

TA = tamanho da amostra

A taxa final de resposta foi igual a 81,8% dos domicílios ocupados. Verificou-se também que apenas na micro-área quatro, 69% das mulheres foram entrevistadas. O motivo principal atribuído a essa perda foi a recusa após três retornos aos domicílios (SILVA 1998). Na amostra, 44 mulheres haviam mudado, sendo que a confirmação de domicílio vago registrou-se nas visitas. No APÊNDICE A encontram-se maiores detalhes do resultado do plano de amostragem.

Das 311 entrevistas realizadas, foram excluídas 16 mulheres: 9 com idade maior que 50 anos e 7 com o valor de energia total da dieta menor que 500 kcal ou maior que 5000 kcal. Essas últimas provavelmente sub ou superestimaram o seu consumo alimentar (ROCKETT et al. 1997; SICHIERI,1998). No final, 295 mulheres compuseram a amostra do estudo.

3.2 Metodologia

Os dados foram coletados pela autora deste estudo e mais duas alunas de iniciação científica do Curso de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública desta universidade, devidamente treinadas.

No primeiro contato com a população de estudo, cada agente comunitário de saúde (ACS) das respectivas micro-áreas acompanhava a visita para apresentação da pesquisadora e do objetivo geral da pesquisa. Este procedimento foi adotado para facilitar o reconhecimento da área e o acesso aos domicílios. Quando possível, eram agendados dia e horário para a entrevista. Foram utilizados questionários padronizados (APÊNDICE B) para a obtenção de dados demográficos, socioeconômicos, antropométricos, dietéticos e atividade física, detalhados, a seguir:

► *Dados demográfico e socioeconômicos*

O inquérito demográfico e socioeconômico levou em conta a idade, escolaridade, composição da renda familiar per capita, ocupação e densidade domiciliar, onde:

- Idade

Calculada a partir da data da entrevista e da data de nascimento da entrevistada e avaliada em anos completos.

- Escolaridade

Foi definida a partir do número de anos concluídos no ensino formal.

- Renda familiar per capita

Foi obtida por meio do somatório das rendas de todos os membros da família, incluindo salários, aposentadorias, pensões e outros rendimentos, dividida pelo número de moradores.

- Ocupação

Referiu-se à atividade exercida pela entrevistada no momento da pesquisa utilizando critérios de classificação adotados por Veloso e Santana (2002): ocupações de baixa qualificação (trabalhos manuais, diaristas, empregadas domésticas, balconistas, etc); ocupações de alta qualificação (professoras, advogadas, fisioterapeutas, psicólogas, etc); donas de casa e desempregadas.

- Densidade domiciliar

Foi obtida a partir do somatório do número de moradores, dividido pelo número de cômodos (excluindo o banheiro).

► *Dados dietéticos*

O consumo alimentar foi identificado por meio de entrevista domiciliar, utilizando o método recordatório alimentar de 24 horas (R24h), referente ao dia anterior. Por ser um instrumento de coleta de dados de fácil aplicação e complexidade baixa, possibilita avaliar o consumo de alimentos e nutrientes em estudos de base populacional. Possibilita, também, estimar o consumo de alimentos fora do domicílio. A coleta de dados realizou-se todos os dias da semana, excluindo os domingos e feriados, pois é reconhecido que o consumo alimentar nesses dias pode diferenciar-se dos outros dias da semana (BEATON et al., 1979; THOMPSON e BYERST, 1994).

Por se tratar de uma pesquisa domiciliar, na maioria dos inquéritos, foi possível observar e registrar a medida caseira referida pelas mulheres. Quando não, a estimativa da quantidade de alimento consumido foi realizada com o auxílio de um álbum de fotografias registrando os alimentos em medidas caseiras (ZABOTTO, VIANNA e GIL, 1996).

O cálculo do valor nutritivo dos alimentos consumidos e registrados no R24h foi realizado utilizando a Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TACO) versão 2.2 (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2006) No banco de alimentos foram inseridos dados da rotulagem de alguns alimentos industrializados não encontrados na TACO.

Para realizar a avaliação do consumo de alimentos e nutrientes de acordo com Guia Alimentar para a População Brasileira, foram analisados: valor energético total; carboidratos totais; proteínas totais; gorduras totais, saturada e trans; fibra dietética; FLV (grupo das frutas, legumes e verduras); e o açúcar de adição.

► *Dados antropométricos*

Para realizar a avaliação do estado nutricional foram analisados os seguintes indicadores: índice de Massa Corporal (IMC) e a Circunferência da Cintura (CC).

Para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), que consiste na medida do peso corporal (kg), dividido pela estatura (m) elevada ao quadrado (kg/m^2), foram mensurados o peso e a estatura segundo as técnicas propostas por LOHMAN (1992), as quais são descritas a seguir:

O *peso* foi mensurado em balança eletrônica digital tipo plataforma, marca TANITA, com capacidade para 150 kg e precisão de 100g. As mulheres foram pesadas em pé, na posição ereta, descalças braços soltos lateralmente e vestindo roupas leves. Esta medida foi realizada uma vez.

A *estatura* foi mensurada utilizando um estadiômetro portátil, marca SECA do tipo trena com 2 metros de extensão, dividida em centímetros e precisão 0,1 cm, fixado à parede. As mulheres deveriam estar de costas para a parede, em pé, na posição

ereta, pés descalços e unidos, os braços soltos do lado do corpo com as palmas das mãos posicionadas para o mesmo, olhando para frente (cabeça posicionada no plano de Frankfurt). Era necessário, também, que a parte posterior da cabeça, ombros, nádegas, panturrilhas e calcanhares estivessem em contato com a parede. Esta medida foi realizada duas vezes para cada mulher, a fim de se obter uma média.

A *circunferência da cintura* (CC) foi mensurada com precisão de 0,1 cm, utilizando-se uma fita antropométrica inextensível de fibra de vidro da marca *Sanny*, adotando-se o valor médio de duas medidas. A tomada da medida foi realizada com base na técnica proposta por Lohman (1992) descrita a seguir: a fita foi posicionada ao redor da menor curvatura localizada entre o último arco costal e a crista ilíaca, estando o indivíduo ereto, com os braços ao longo do corpo e os pés unidos. Esta medida foi realizada duas vezes para cada mulher, a fim de se obter uma média.

► *Dados de atividade física*

Foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ-versão 8) na sua forma curta. O instrumento que contempla atividades domésticas e ocupacionais, no lazer e deslocamentos contém perguntas relacionadas à frequência (dias por semana) e a duração (tempo por dia) da realização de atividades físicas moderadas, vigorosas e caminhadas, considerando a semana típica habitual (MATSUDO, 2001).

3.3 Análise dos Dados

As variáveis foram categorizadas conforme descritas a seguir:

Demográfico e socioeconômicos

- Idade

Avaliada em anos completos em faixas etárias: 20-29; 30-39; e 40-50.

- Escolaridade

Definida em número de anos concluídos, no ensino formal e distribuídos segundo estratos da amostra em anos: 1-7; 8-10; 11; 12-18.

- Renda familiar per capita

Obtida através do somatório das rendas relacionadas pelas famílias e dividida pelo número de moradores; e distribuída em salários mínimos (SM) segundo estratos da amostra: 0-1,2; 1,3-2,0; 2,1-3,7; 3,8 e +.

- Ocupação

Agrupada em 4 categorias: trabalha fora do domicílio: ocupações de baixa e alta qualificação; donas de casa e desempregada.

- Densidade domiciliar

Categorizada conforme a adotada pelo censo demográfico 2000/IBGE: até 0,5; 0,51-1,0; 1,1-2,0; 2,1 e +.

Consumo alimentar

O consumo dos alimentos e dos nutrientes foi analisado conforme os valores e percentual de participação no valor energético total (VET) recomendados no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL 2006)

Variável dietética	Recomendação
Carboidratos totais	55 - 75%
Açúcar de adição (%)	< 10%
Fibra dietética (g)	≥ 25 g/dia
Proteínas totais	10 - 15%
Gordura total (%)	15 - 30%
Ácidos graxos saturados	< 10%
Ácidos graxos trans	< 1%
Frutas, legumes e verduras (g)	≥ 400 g/dia

Estado nutricional

Foram considerados os seguintes pontos de corte para o Índice de Massa Corporal (IMC) em adultos (WHO, 1998; 2003):

Classificação	IMC (kg/m²)
Baixo peso	≤ 18,5
Normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25 – 29,9
Obesidade	≥ 30

Foram considerados os seguintes pontos de corte para a Circunferência da Cintura (CC) em mulheres (WHO, 1998; 2003):

Classificação	CC (cm)
Normal	≤ 79,99
Aumentado	80,00 - 87,99
Muito aumentado	≥ 88,00

Atividade física

A prática de atividade física foi considerada como adequada quando as mulheres apresentaram no mínimo 30 minutos de atividade moderada e/ou intensa por dia (duração) e pelo menos cinco dias ou 150 minutos por semana (frequência) (PATE et al., 1995).

3.4 Análise Estatística

A análise descritiva foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas; médias e desvios padrão das variáveis dietéticas (alimentos, nutrientes),

antropométricas (IMC e CC), atividade física, idade, escolaridade, renda, ocupação e densidade domiciliar com objetivo de conhecer a amostra.

Para avaliar a relação entre as variáveis, foi realizada a análise de variância (ANOVA). Em todas as análises o nível de significância estatística foi 5%.

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio dos programas EPI INFO versão 6.040 (DEAN, DEAN e CULOMBIER, 1994) para digitação do banco de dados; e o SPSS versão 8.0 para Windows para as análises estatísticas.

3.5 Aspectos Éticos

Os procedimentos para o desenvolvimento desta pesquisa estão de acordo com as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, previstos na Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL 1996). Como forma de garantir a participação voluntária na pesquisa, cada participante foi anteriormente informada, sobre todo e qualquer procedimento ao qual seria submetido, bem como da importância de participação e os objetivos da pesquisa e que a mesma não traria nenhum risco para a sua integridade física ou moral. Foi também garantido o sigilo em relação ao nome ou qualquer outra forma de identificação que pudesse expor à participante. Após apresentação dos aspectos mencionados acima, foi solicitada autorização por escrito da utilização dos dados para fins de pesquisa por meio da assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (APÊNDICE C).

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Coordenação do Programa de Saúde da Família / Qualis Santa Marcelina (ANEXO 1).

4. As mulheres adultas: resultado e discussão

“Em todo ser vivo, aquilo que designamos como partes constituintes forma um todo inseparável, que só pode ser estudado em conjunto, pois a parte não permite reconhecer o todo, nem o conjunto deve ser reconhecido nas partes...”

Goethe

4. AS MULHERES ADULTAS: RESULTADO E DISCUSSÃO

O presente estudo realizado com moradoras da Vila Formosa, região leste da cidade de São Paulo, obteve uma taxa final de resposta 81,8% dos domicílios ocupados perfazendo uma amostra com 295 mulheres, representativa daquelas entre 20 e 50 anos de idade e que possuíam cadastro familiar no Programa de Saúde da Família – PSF.

Essas mulheres tinham em média 35,6 (DP=8,92) anos, apresentaram 9,97 (DP=3,70) anos de estudo, correspondendo ao ensino médio incompleto e renda familiar per capita de R\$ 510,75, o que correspondeu a 2,84 salários mínimos (SM), vigente em 2001, no período da coleta dos dados.

A Tabela 1 apresenta a distribuição da idade em faixas etárias, escolaridade e renda per capita em intervalos aproximados aos quartis. Ainda nesta tabela pode-se observar que a maioria das mulheres (65,5%) trabalhava fora do domicílio em ocupações de baixa e média/alta qualificação e moravam em domicílios com até 1 morador por cômodo (67,8%), percentual semelhante (72,6%) ao encontrado no Censo Demográfico 2000 (IBGE, 2000). Apesar da densidade domiciliar ser considerada como *proxy* da renda, neste trabalho optou-se em manter a variável renda por permitir comparações entre os estudos.

As características socioeconômicas das mulheres deste estudo apresentam semelhanças às das mulheres adultas paulistas. Verificou-se que enquanto as mulheres da Vila Formosa tinham em média 9,9 anos de escolaridade, a população feminina em idade ativa do estado de São Paulo tinha 6,7 anos, considerando a pesquisa realizada pela Fundação SEADE em (1998a). Em relação à renda per capita, a média encontrada (2,84 SM), estava dentro da faixa de renda familiar per capita de um terço da população da região metropolitana de São Paulo (2 a 5 SM), segundo os dados da Pesquisa de Condições de Vida da Fundação SEADE (1998b).

Tabela 1. Distribuição das mulheres entre 20 a 50 anos,
segundo a idade e variáveis socioeconômicas.
Vila Formosa, São Paulo-SP, 2001.

Variável	n	%
Idade		
20-29	90	30,5
30-39	97	32,9
40-50	108	36,6
Escolaridade (anos)		
1-7	75	25,4
8-10	55	18,6
11	92	31,2
12-18	73	24,7
Renda per capita (SM)*		
0,3-1,2	74	25,1
1,3-2,0	72	24,4
2,1-3,7	74	25,1
3,8-13,2	75	25,4
Ocupação		
Baixa qualificação	107	36,3
Média/alta qualificação	86	29,2
Dona-de-casa/estudante	81	27,5
Desempregada	21	7,1
Densidade domiciliar		
Ate 0,5	36	12,2
0,51-1,0	164	55,6
1,1-2,0	87	29,5
2,1 e +	8	2,7
Total	295	100,0

*salário mínimo vigente de R\$180,00

A análise dos dados referente ao consumo alimentar apontou um valor energético total (VET) médio, de cerca de 1.600 kcal. Este valor ficou próximo à média nacional, estimado pelo total de calorias de acordo com a aquisição de alimentos domiciliar (1.502,02 kcal/per capita), segundo a POF 2002-2003 (IBGE, 2004), no entanto, se verificou inadequações quanto à distribuição dos nutrientes e alimentos quando comparada com as recomendações no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL 2005). Encontrou-se valores médios baixos para carboidratos totais, açúcar de adição, fibra dietética e FLV e altos para proteínas totais e as gorduras total, saturada e trans (Tabela 2). É importante observar que o baixo valor do açúcar de adição encontrado pode ser explicado em função da subestimação do mesmo, devido à falta de informação inerente a composição de alguns alimentos industrializados. Por este motivo não foram computados nos cálculos (Tabela 2).

Tabela 2. Valores médios de energia total e nutrientes, percentuais da participação de nutrientes no valor energético total e o grupo FLV. Mulheres entre 20 e 50 anos. Vila Formosa, São Paulo-SP, 2001.

Variáveis	média (DP)	mínimo	máximo	recomendação*
Energia total (kcal)	1.593,00 (582,31)	506,88	3.383,01	individual
Carboidratos (%)	51,79 (10,10)	24,45	85,32	55 - 75
Açúcar de adição (%)	8,91 (13,01)	0,00	59,16	< 10
Fibra dietética (g)	10,34 (5,44)	1,73	37,78	≥ 25
Proteína (%)	15,75 (5,08)	4,04	37,98	10 - 15
Gordura total (%)	32,43 (7,25)	9,20	56,71	15 - 30
Saturadas (%)	10,95 (3,62)	1,95	23,54	< 10
Trans (%)	1,08 (0,85)	0,04	6,06	< 1
FLV (g)	230,22 (178,05)	0,00	958,73	≥ 400

*conforme os valores e percentual de participação no valor energético total (VET) recomendados no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL 2006)

Os resultados para as categorias de adequações do consumo alimentar de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, podem ser visto na Figura 1. De modo geral, cerca de 60% das mulheres apresentam uma ingestão inadequada para os macronutrientes. Apenas 18,3% atendem as

recomendações para FLV o que conseqüentemente determinou os baixos percentuais encontrados para fibra dietética (2%). Ainda na Figura 1 observa-se um contraste quanto às gorduras, enquanto mais da metade ingere a gordura trans dentro de limites aceitáveis, ocorre o inverso para a gordura saturada. No APÊNDICE D pode ser visto todos os valores referentes à distribuição dos nutrientes e alimentos de acordo com as categorias de adequação do consumo.

Figura 2. Distribuição dos nutrientes e alimentos segundo as categorias de adequação do consumo de acordo Guia Alimentar para a População Brasileira. Mulheres entre 20 e 50 anos. Vila Formosa, São Paulo-SP, 2001.

Os achados, que se referem às categorias de adequação do consumo alimentar de acordo com os condicionantes escolaridade e renda, podem ser vistos na Tabela 3. As diferenças observadas em relação à adequação do consumo segundo as variáveis socioeconômicas mostraram-se mais associada com a renda que a escolaridade. De um modo geral, as mulheres de menor renda e escolaridade apresentaram algumas desvantagens, destaca-se a menor ingestão de FLV e maior para gordura trans e açúcar de adição, isto é, baixa presença de alimentos saudáveis e alta de alimentos pouco saudáveis, respectivamente, apesar de que, essas mulheres conseguem alcançar um padrão mais equilibrado na distribuição dos macronutrientes.

Tabela 3. Médias de escolaridade e renda segundo categorias de adequação do consumo alimentar. Mulheres entre 20 e 50 anos. Vila Formosa, São Paulo-SP, 2001.

Variáveis	Escolaridade (anos) média (DP)	Renda per capita (R\$) média (DP)
Carboidratos totais		
Abaixo	10,0 (3,7)	554,1 (411,0)
Adequado	9,0 (3,5)	430,0 (362,0)
Acima	11,0 (4,8)*	914,0 (904,0)*
Açúcar de adição		
Abaixo	NA	NA
Adequado	10,3 (3,6)	554,1 (413,0)
Acima	9,3 (3,8)*	439,1 (399,3)*
Proteínas		
Abaixo	9,0 (3,4)	410,3 (323,9)
Adequado	10,0 (3,6)	468,9 (390,3)
Acima	10,0 (3,8)	572,6 (437,2)*
Gorduras totais		
Abaixo	14,0(1,9)*	1120,3(793,4*
Adequado	9,3(3,5)	421,0(307,0)
Acima	10,3(3,8)	550,5(432,1)
Gordura saturada		
Abaixo	NA	NA
Adequado	9,2(3,4)*	447,4(370,0)*
Acima	10,6(3,8)	566,4(434,7)
Gordura trans		
Abaixo	NA	NA
Adequado	9,7(3,7)	558,4(460,2)
Acima	10,3(3,7)	455,3(327,2)*
Fibra dietética		
Abaixo	10,0(3,7)	516,4(414,0)
Adequado	9,7(3,4)	418,0(257,5)
Acima	NA	NA
FLV		
Abaixo	10,0(3,7)	475,1(389,0)
Adequado	10,4(3,9)	685,0(466,0)*
Acima	NA	NA

*ANOVA $p < 0,05$; NA=não se aplica

A natureza complexa da alimentação humana apresenta desafios, especialmente, quando o investigador quer realizar comparações e avaliar tendências. No presente estudo não foi possível a comparação dos achados, devido algumas limitações dos dados do consumo alimentar para extrapolações e discutidas mais adiante. Além disso, não se encontrou na literatura dados de consumo alimentar para açúcar, gordura trans e FLV.

Todavia, a avaliação e o monitoramento do consumo alimentar de uma população é essencial para o planejamento e desenvolvimento de ações tendo em vista a educação alimentar e nutricional, e serve como base descritiva fundamental para o planejamento futuro de investigação analítica.

No presente estudo, a opção em utilizar a Tabela Brasileira de Composição de Alimentos – TACO, versão 2.2 (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2006) tornou relevante os dados de consumo alimentar tendo em vista sua originalidade. Além de ter a sua base de dados atualizada da composição centesimal de alimentos e composta de alimentos brasileiros, foi possível avaliar o consumo da gordura trans, açúcar simples. Dados ainda desconhecidos do consumo alimentar da população brasileira.

Somados a este fato, o uso do método recordatório de 24 horas (R24h) apresenta vantagens tais como a rápida aplicação e poder ser usado em qualquer faixa etária, em populações não alfabetizadas e baixo custo (BEATON et al. 1979; THOMPSON e BYERST, 1994). Além disso, possibilita avaliar o consumo alimentar fora do domicílio, tendo em vista que esse representa uma grande parcela da alimentação das pessoas nos grandes centros urbanos como é o caso. Nesse sentido, a incorporação do questionário R24h como componente de avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional poderá trazer contribuições para o monitoramento e nortear possíveis ações de intervenções. Contudo, a maior limitação do R24h deve-se à questão da utilização de apenas um recordatório alimentar, como no presente estudo, o que diminui sua representatividade para retratar o consumo alimentar habitual. Isto tenderá a afetar mais a precisão do que a validade das estimativas num grupo de indivíduos, o que,

em investigações populacionais, poderá ser minimizado. (BEATON et al. 1979; THOMPSON e BYERST, 1994).

No que se refere à avaliação do **estado nutricional** das mulheres, na média elas apresentaram um Índice de Massa Corporal (IMC) igual a 25,75 kg/m² (DP=5,40) e Circunferência da Cintura (CC) igual a 84,12 cm (DP=12,40). As informações na Tabela 4 permitem observar que 51,5% das mulheres apresentavam algum grau de excesso de peso (IMC $\geq$ 25,00 kg/m²). No que se referem aos achados do estado nutricional utilizando a classificação do IMC relacionada às variáveis socioeconômicas, os mesmos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas com a escolaridade e com a renda. Entretanto esses resultados são diferentes quando comparados com as análises da POF 2002-2003 (IBGE, 2004) para população adulta brasileira, as quais se referem uma tendência de crescimento da obesidade entre as mulheres na classe de menor rendimento. Porém, são achados específicos de uma localidade, que mostram a importância dos dados primários e as particularidades dos territórios locais, constituindo-se em subsídios valiosos do ponto de vista no planejamento das ações locais.

A análise da Circunferência da Cintura (CC), ainda na Tabela 4, observa-se que 60,4% das mulheres apresentavam excesso de gordura intra-abdominal, o que significa aumento do risco da obesidade abdominal e suas conseqüências metabólicas. Quando se observa a relação da CC com as variáveis socioeconômicas, a diferença ocorre apenas quanto à escolaridade das mulheres, indicando uma relação inversa, ou seja, à medida que aumenta a escolaridade diminui a obesidade abdominal.

Em relação a estes dados também ocorre a limitação para levar a cabo as comparações com estudos na população brasileira devido a ausência do mesmo em estudos representativos da mesma. Talvez por motivo deste indicador ser recentemente recomendado tanto como medida isolada para se avaliar acúmulo de gordura intra-abdominal quanto para acompanhamento e vigilância nutricional da população. Por exemplo, na média tanto para o IMC como a para a CC, as mulheres participantes do presente estudo, deveriam ser orientadas a controlar o excesso do peso e a obesidade abdominal, pois em ambos indicadores elas apresentaram

valores acima dos normais. Além disso, cerca de 60% das mulheres já estavam classificadas com obesidade abdominal aumentada ($CC \geq 80,00$ cm), consequentemente, com base neste indicador, isoladamente, a orientação com a vigilância para controle da massa corporal requeriam uma melhor avaliação diante da possibilidade de existência de outros fatores de risco para as doenças crônicas.

A CC por ser uma medida simples e rápida pela praticidade no transporte do instrumento de mensuração (fita métrica), pelo resultado imediato e pela fácil leitura e interpretação do indicador, tem sido defendida por alguns autores (OLINTO et al, 2006) que propõem sua incorporação como indicador da obesidade abdominal na atenção básica de saúde e categorizações para em níveis de intervenção. Poderá ser uma alternativa ao IMC devido às facilidades referidas e algumas limitações do IMC, como a necessidade de duas medidas (peso e altura), além da realização dos cálculos. Contudo, deve-se ainda validar os pontos de corte de acordo com as especificidades da população brasileira e realizar estudos populacionais para se conhecer a distribuição e magnitude do problema, isto é, da obesidade abdominal.

Tabela 4. Distribuição das mulheres entre 20 a 50 anos, segundo Índice de Massa Corporal (IMC) e Circunferência da Cintura (CC) e variáveis socioeconômicas. Vila Formosa, São Paulo-SP, 2001.

Variáveis	n	%	Escolaridade (anos) média (DP)	Renda per capita (R\$) média (DP)
IMC (kg/m²)				
≤ 18,49	14	4,7	10,0 (3,5)	364,00 (338,2)
18,50-24,99	129	43,7	11,0 (3,6)	540,00 (417,3)
25,00-29,99	102	34,6	10,0 (3,6)	526,10 (435,0)
≥ 30,00	50	16,9	9,0 (4,1)	467,10 (359,2)
CC (cm)				
≤ 79,99	117	39,7	11,0 (3,5)*	524,55 (433,5)
80,00-87,99	74	25,1	10,0 (3,5)	540,10 (372,8)
≥ 88,00	104	35,3	9,0 (3,9)	485,00 (413,7)

*ANOVA $p < 0,05$

Analisando os dados da Tabela 5, constata-se que cerca de 60% das mulheres eram insuficientemente ativas e sedentárias, somando-se ambas categorias. A relação inversa entre atividade física com a escolaridade e a renda deve ser considerada com certa ponderação, tendo em vista o instrumento utilizado para avaliação da atividade física. Ressalva-se que este instrumento leva em consideração a atividade física ocupacional, entre outros componentes, e a amostra foi composta na sua maioria por mulheres que exercem ocupações de baixa qualificação (36%), desempenhando trabalhos manuais como diaristas, empregadas domésticas, balconistas, entre outras, além das donas de casa / estudantes (27,5%) que provavelmente realizavam atividades domésticas, perfazendo 65,5% do total. As sedentárias têm maior escolaridade e renda que as ativas. Provavelmente em função da atividade laboral. Tal evidência sinaliza, portanto, a importância de incorporar a atividade física como uma das atividades do cotidiano, uma vez que apenas o trabalho de baixa qualificação parece gastar mais energia.

Tabela 5. Distribuição das mulheres entre 20 a 50 anos, segundo atividade física e variáveis socioeconômicas. Vila Formosa, São Paulo-SP, 2001.

Variável	n	%	Escolaridade (anos)	Renda per capita (R\$)
			média (DP)	média (DP)
Atividade física				
ativa	118	40,0	9,0 (3,5)*	458,22 (395,0)*
insuficientemente ativa	153	51,9	10,0 (3,8)	529,01 (412,5)
sedentária	24	8,1	12,0 (2,8)	700,00 (437,0)

*ANOVA $p < 0,01$

No Brasil são poucos os estudos populacionais e/ou representativos para adultos e, menos ainda, aqueles que utilizem os padrões e instrumentos adotados no presente trabalho para mensuração da atividade física, dificultando a comparação destes achados. Alguns estudos consideram apenas a atividade física realizada em momentos de lazer (GOMES et al., 2001; MONTEIRO et al., 2003; PITANGA e LESSA, 2005).

O IPAQ versão curta, aqui utilizado para avaliar atividade física, leva em consideração as realizadas no momento de lazer, na ocupação, como meio de

locomoção e no trabalho doméstico. A opção por utilizar um instrumento/questionário com uma abordagem mais ampla se baseia no fato de que, particularmente em países em desenvolvimento, a ocupação e a locomoção representam uma proporção substancial do total da atividade física do indivíduo (HALLAL et al., 2003; PALMA, 2000).

Resultados próximos aos encontrados na Vila Formosa no que se refere às mulheres classificadas como insuficientemente ativas, cerca de 52%, foram encontrados no inquérito populacional do INCA (BRASIL, 2004c), especificamente para São Paulo (capital), verificou-se que o percentual para o sexo feminino foi 40,6%. Ainda foi observada semelhança no que diz respeito a relação, menor escolaridade e menores percentuais de insuficientemente ativos. Dado observado em quase todas as capitais do estudo do INCA, embora estas diferenças não tenham sido estatisticamente significativas.

Além do estudo do INCA, na pesquisa bibliográfica realizada foram encontrados mais dois estudos na população brasileira que fizeram uso do mesmo instrumento usado nesta pesquisa, o IPAQ, para avaliar a atividade física: o estudo conduzido por Hallal et al. (2003), em uma amostra representativa da população do município de Pelotas com 3.182 pessoas adultas, em que 41,1% dos indivíduos eram insuficientemente ativos e no estudo realizado por Matsudo et al. (2002) no Estado de São Paulo com 2.001 pessoas, em que 46,5% dos indivíduos também foram classificados como insuficientemente ativos. Em ambos, os achados foram próximos ao do presente estudo, pois também não atingem as recomendações atuais (mínimo de 30 minutos por dia de atividades físicas com intensidade moderada e pelo menos cinco dias por semana).

Outros fatores associados ao sedentarismo e/ou prática de atividade física vêm sendo investigados. Em relação ao gênero e à condição socioeconômica, observou-se que as mulheres de menor estrato socioeconômico, no tempo disponível, praticavam menos atividade física no lazer que os homens (MASSON et al., 2005; PITANGA e LESSA, 2005; COSTA et al., 2003; GOMES et al., 2001; MONTEIRO et al., 2003). Considerando a atividade física em geral, isto é, realizadas em outros domínios (lazer, locomoção, atividades domésticas e ocupacionais), verifica-se

semelhanças entre os gêneros e se associada inversamente com a condição socioeconômica, significando que as pessoas de maior condição são as que fazem menos atividades física (HALLAL et al., 2003; IBGE, 2004; MATSUDO et al., 2002).

Em síntese, este estudo realizado com moradoras assistidas pelo PSF na macro-região da Vila Formosa, constituiu-se junto a uma amostra de mulheres adultas jovens, que tinham em média 10 anos de escolaridade e a maioria estava inserida no mercado de trabalho com ganhos em torno de 3 SM. Os achados mostram que em geral tanto a alimentação, quanto o estado nutricional e atividade física não se aproximavam das recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. Nessa direção, pode-se refletir sobre os possíveis obstáculos e as oportunidades para o planejamento e implementação de ações local.

Antes, cabe ressaltar, com clareza de duas limitações não desprezíveis no presente estudo, entre outras, porém, não tanto inquietantes: não ter contemplado a voz ativa dos sujeitos diretamente envolvidos em uma possível ação tanto das mulheres em estudo quanto dos profissionais da equipe de saúde da UBS. Como já referido, o processo de transição do PSF no município de São Paulo, ocorrido a partir de 2001, coincidiu com a coleta de dados do presente estudo, também efetuado em 2001, portanto, em todo este cenário de mudanças, não cabia ampliar o tempo para questões de pesquisa com a equipe de saúde em qualquer Unidade Básica da Saúde (UBS). Contudo, fez-se o esforço da reflexão, reportando-se à literatura que trata do assunto, mas sem a pretensão de esgotar o assunto. Consequentemente recomenda-se olhar com prudência diante das abstrações dissertadas. Se reconhece também no formato da apresentação um esforço de caráter didático.

Politicamente, a existência de todos estes documentos citados e analisados, sejam eles internacionais ou nacionais, é positiva. A alimentação, a nutrição e a atividade física ocupam lugar de destaque na agenda da Saúde Coletiva global/nacional/local. Entretanto, é tecnicamente complexo e desafiante, porque as recomendações implicam necessariamente refletir sobre os determinantes e condicionantes socioeconômicos e socioculturais, deste ou daquele modo de viver local. Além disso, vivemos em tempos que a doença é igual à cidadania mais onerosa, segundo textos internacionais e nacionais (OMS, 2004; CGDANT, 2004), nos quais se referem aos

altos custos do setor público da saúde e, que as ações de promoção e prevenção primária de saúde são custo-efetivas e devem ser priorizadas.

Assim entendido, identifica-se a seguir alguns obstáculos considerados e analisados nos seguintes pontos:

No que se refere a promoção da alimentação e da nutrição, embora os resultados do presente estudo apontem os condicionantes socioeconômicos como principais determinantes do consumo alimentar, sabe-se que o mesmo se entrelaça com fatores sociais, culturais, entre outros, em uma perspectiva multidisciplinar, como ressaltam alguns autores que buscam compreender o processo destas relações.

Diferentes áreas do conhecimento têm contribuído para o entendimento do complexo comportamento humano nas escolhas ou práticas alimentares, os quais, revelam os diversos conflitos, dilemas e paradoxos que cercam o tema e a sua relação com a saúde. Além dos alimentares e nutricionais, o tema tem múltiplas faces que se relacionam aos aspectos econômicos e sociais, aos históricos e culturais, aos psicológicos e biológicos e, aos publicitários e meios de comunicação, dentre outros (OLIVEIRA e THÉBAUD-MONDY, 1997; CASOTTI et al., 1998; CANESQUI e GARCIA, 2005), sinalizando algumas dificuldades e desafios deste tipo de abordagem.

Em um contexto urbano, Garcia (2005) realizou o estudo com funcionários públicos na cidade de São Paulo, utilizando o referencial teórico da representação social para se aproximar do estudo do comportamento alimentar e também compreender como as informações sobre alimentação associadas à saúde são incorporadas pelo sujeito, como balizadora de suas práticas alimentares. Em síntese, a autora observou que as representações sociais construídas revelam estruturas cambiáveis,

[...] às práticas alimentares modulam-se em diferentes situações e se manifestam conflituosamente [...] ora pela preocupação com a saúde, ora pelo desejo, adequando-se ora à 'saúde' e ora ao 'paladar' (p.216)

Portanto, ainda de acordo com a autora, pode-se afirmar que as práticas alimentares são reinterpretadas e reintegradas em determinadas situações podendo predominar um ou outro aspecto desse comportamento e consequentemente a coerência de certas atitudes com relação à alimentação e à saúde/doença pode ser circunstancial.

Nesse sentido, o que se pode recomendar em um contexto urbano, como das mulheres do presente estudo moradoras na cidade de São Paulo em relação a busca da praticidade e de economia de tempo, entre outros aspectos já referidos, e que resulta no crescente consumo dos alimentos industrializados (biscoitos, massas, semi-preparados, etc) e com altos teores de gordura trans? E a alimentação fora do domicílio em lanchonetes, restaurantes e *fast food*?

Consideremos, por exemplo, a questão da gordura trans via alimentos industrializados. É verdade que sua informação consta, obrigatoriamente, na rotulagem nutricional dos alimentos, porém falta o debate sobre regulamentação para publicidade dos alimentos industrializados nos quais as gorduras trans são intrínsecos ao processo de industrialização dos mesmos e sendo ofertados e disponibilizados sem o devido controle, nas prateleiras dos supermercados.

No que se refere a promoção da atividade física, permanecem questões relativas às interpretações de alguns achados nos estudos sobre as práticas de atividade física como a baixa adesão a uma prática regular. Uma recente pesquisa populacional investigando as barreiras para adesão à prática regular da atividade física (REICHERT et al., 2007) mostrou que os fatores apontados mais frequentemente pelos indivíduos como limitadores da prática de atividades físicas são: a falta de dinheiro e a falta de tempo. O autor discute que a razão “falta de dinheiro” pode indicar que a população ainda julga que a prática de atividades físicas somente pode ser realizada em academias e clubes esportivos. O mesmo estudo ainda mostrou que a distância entre a residência do indivíduo e uma pista de caminhada é um fator inversamente correlacionado a prática de atividade física da população.

Outro estudo realizado em Queimadas, Rio de Janeiro e, citado por Palma (2000), sobre as representações sociais da relação trabalho/lazer de trabalhadoras domésticas (diaristas), revelou que estas mulheres de baixa escolaridade, têm de

realizar suas próprias tarefas domésticas, saem de casa por volta das quatro horas da manhã e voltam dez da noite, gastam cerca de três horas para ir e vir do trabalho durante toda a semana. Em seus discursos sobre o que fazem no lazer ou tempo livre, elas dizem que “o cansaço não as deixam fazer outra coisa” além de dormir e assistir televisão. O autor questiona: como estas trabalhadoras conseguirão tempo para realizar atividade física? Será que é sua prioridade ou estão apenas sobreviver? Ele mesmo afirma: “ai a atividade física pode não ter o menor sentido”.

Resumindo, são questões paradoxais as situações concretas individuais ou coletivas de um determinado local, tanto em relação às ações de promoção da alimentação como da atividade física, são tarefas difíceis de serem concretizadas. Os profissionais da equipe de saúde da atenção básica estão preparados para tais questões?

Nesta mesma direção, surgem dois aspectos estruturais e fundamentais a serem enfrentados: a formação profissional e a prática vigente dos profissionais nos serviços de atenção básica, no PSF. Sabe-se que os profissionais na atenção básica têm a prática vigente voltada para a racionalidade biomédica, curativa e hospitalocêntrica, ou seja, voltada para a doença e não para o indivíduo com alguma doença, resultando na dificuldade de articular os conhecimentos biológicos com a dimensão social, propriamente a percepção da integralidade.

Quanto a formação, encontrou-se numa pesquisa realizada por Boog (1999), entre médicos e enfermeiros atuantes em serviços públicos de saúde em Campinas, Estado de São Paulo, a afirmação da necessidade de intervenção do nutricionista para desenvolver programas e ações de educação nutricional nos serviços de saúde. Estes profissionais reconheceram que têm dificuldades na abordagem da questão no âmbito da atenção básica, em função das suas formações acadêmicas e de suas práticas. A autora ainda se refere à necessidade de discutir o ensino de nutrição nos cursos da área da saúde.

Outro estudo foi desenvolvido por Silva et al (2002) com objetivo de compreender as concepções sobre a alimentação saudável de profissionais de saúde atuantes na atenção básica à saúde no Distrito Federal. Por meio das narrativas revelaram: a

existência de dois conceitos um de caráter biológico (ideal) e outro que apoiado nas condições sócio-cultural que as moldam e são moldadas (real); como algo difícil de ser atingido, tanto na sua vida pessoal, como na abordagem à população; e que se sentem sem preparo técnico e pessoal para tratar do assunto. De acordo com as autoras são necessárias discussões e reflexões na busca ou mesmo readequação de estratégias de abordagem da promoção da alimentação saudável.

Outro obstáculo se refere a operacionalização das diretrizes da PNPS. Por exemplo, a diretriz integralidade suscita dúvidas de quais caminhos a serem trilhados para a atenção integral da saúde: integralidade das ações ou dos sujeitos e coletivos? E consequentemente, se for pela trilha das ações, cabe ainda refletir sobre as aptidões dos profissionais para dialogar com a pluralidade dos saberes entre os componentes da equipe de saúde? Se for pela trilha dos sujeitos/coletivos, a pergunta: incorpora o discurso sócio-político dos mesmos atores no processo? Quais os atalhos da atenção básica para a integralidade?

Diferentes estudiosos no assunto propõem a reorientação das práticas dentro do modelo de atenção em saúde, isto é, a intervenção do Estado. As diretrizes, da recente PNPS, se aproximam da proposta da Vigilância da Saúde, defendido como um modelo de atenção em saúde por Teixeira (1998; 2001), Paim (2001; 2003b) e Freitas (2003). De acordo com estes autores, o referencial conceitual e metodológico de elaboração e construção da Vigilância da Saúde, busca a integralidade das ações e serviços de saúde e que se caracteriza por uma abordagem das práticas voltadas ao controle dos determinantes socioambientais, dos riscos e dos danos à saúde individual e coletiva.

Alguns autores (BOOG, 1999; ASSIS et al., 2002; CFN, 2006) registram que na atenção básica em saúde ocorre a ausência de uma ação específica da educação alimentar e nutricional e que tem sido discutida sobre a sua importância. Corroborando com esta abordagem e, dado que a população deste estudo está inserida no Programa de Saúde da Família, Assis et al. (2002), referendam a inserção do nutricionista nas equipes deste programa para realizar ações de educação alimentar e nutricional. Um profissional detentor de conhecimentos no campo da Ciência da Alimentação e da Nutrição – que integre à sua prática,

ferramentas da Epidemiologia, do Planejamento, da Educação e de outras disciplinas das Ciências Humanas – pode contribuir com a promoção da saúde da população.

De fato, há ausência do nutricionista no quadro de profissionais na Saúde Pública ou Nutrição Social. Nesta área de atuação profissional, no caso do estado de São Paulo, de acordo com um estudo realizado por Gambardella et al (2000), – com objetivo de conhecer a situação dos egressos do curso de nutrição da Faculdade de saúde Pública da Universidade de São Paulo, no período de 1990 a 1996 – verificaram apenas 7% atuantes na área de atuação Saúde Pública/Coletiva. Este percentual foi menor se comparado com 7ª regional (AC, AM, AP, PA, RO, RR), que verificou 19% na mais recente pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Nutricionistas (CFN, 2006) sobre o perfil do nutricionista no Brasil. São Paulo pertence a 3ª regional (SP e MS) do CFN encontrou 7,5% inseridos na área Saúde Coletiva ou Nutrição Social.

Enfim, esse conjunto de questões apresentadas anteriormente, desemboca em um aspecto que se apresenta também importante, o direito à informação. Ao se eleger formalmente no documento da PNPS, a capacitação ao invés da formação ou educação continuada em temas tão complexos, parece que se limitam as equipes dos serviços de saúde à capacidade de fazer, em detrimento do refletir sobre os temas a serem enfrentados. Nesse caso, e concordando com o questionamento de Mendonça e Anjos (2004), outra questão se delineia: apenas o uso de impressos para divulgação e difusão da informação e/ou comunicação favorece a ampliação de escolhas e modos de viver mais saudáveis?

Desenvolver e oferecer tecnologias da informação e comunicação é uma condição necessária e de extrema relevância para garantia do direito ao acesso à informação, porém não suficiente. Se levarmos em consideração as dimensões da educação e da formação dos hábitos alimentares/escolhas alimentares saudáveis salientados na PNAN, vê-se que traz no bojo os “elementos complexos e até conflituosos” (BRASIL, 2003; MENDONÇA e ANJOS, 2004), pois não se pode conceber a tecnologia da informação e comunicação sem se considerar também o contexto da urbanização,

acesso e condições sociais, cultural, violência, dentre outros, em que as mulheres da Vila Formosa se inserem.

Nota-se que ainda são poucas as contraposições formuladas e publicadas, no Brasil, a respeito dos objetos que ocupam o lugar de destaque nas agendas da saúde pública seja internacional ou nacional no que se refere a alimentação, a nutrição e a atividade física, isto é, os modos de viver. No que diz respeito às escolhas alimentares, concorda-se com a análise de Siliprandi (2004 p.39) que ao referir sobre as “livres” escolhas alimentares dos consumidores, afirma que, “o que se come, e como se come, em uma dada sociedade, não é definido individualmente pelas pessoas, com base unicamente em seu desejo pessoal”. Uma vez que:

[...] diversos elementos interagem e se contrapõem, não havendo um ou outro campo da intervenção humana (a economia, a política, a cultura etc) capaz de determinar, por si só, a forma como um povo organiza sua alimentação.

No que se refere à atividade física, na mesma direção e compartilhando com Carvalho (p. 162, 2004):

[...] as mudanças tecnológicas, a indústria cultural e da beleza, a idéia do consumo e a política de mercado deram conta de jogar para o indivíduo a responsabilidade pela qualidade de vida, pelo bem-estar, mediante a manutenção desse “objeto”.

Ela afirma ainda que “esta é uma época “neurotizada” pela idéia da atividade física com saúde associada à beleza estética como único caminho para o sucesso, para felicidade e para o dinheiro” (CARVALHO, p.163, 2004).

Quanto às oportunidades, o primeiro ponto se refere ao vigor e a visibilidade na agenda da Saúde Coletiva global e nacional para promoção da alimentação, da nutrição e da prática corporal/atividade física. Outro ponto se identifica quanto à focalização de planejamento para ações locais, seja na escola, no ambiente de

trabalho ou nos serviço de saúde. Os documentos da EG da OMS e a da PNPS do MS tendem, todos eles, a concordar que as ações locais são mais custo-efetivas.

Assim, as mulheres do presente estudo, por estarem em um território do PSF, poderão beneficiar-se de ações locais. Além disso, as mesmas mulheres já fazem uso de uma ferramenta de informação para escolhas dos alimentos: a rotulagem. No estudo desenvolvido por Gomes e Cyrillo (2006), com objetivo de analisar a relação entre a utilização de rótulos dos alimentos embalados e a qualidade da alimentação, observou-se que cerca de 60% responderam que liam o rótulo antes de comprarem alimentos e que a utilização do rótulo com maior frequência (87,6%) foi para leitura da data de validade. As autoras concluem que a maioria das mulheres já utilizava o rótulo de alimentos como uma ferramenta de informação disponível, além disso, encontraram uma relação positiva do uso da informação com a qualidade da alimentação.

Entretanto, falta qualificá-las no sentido de potencializar suas ações para uma ampliação da utilização da rotulagem de alimentos e consequentemente para as escolhas alimentares adequadas e saudáveis. Potencializá-las⁴, como por exemplo, em ações de tomadas de decisões como é o caso do Programa da Bolsa Família, no qual, são as mulheres as titulares do benefício de transferência de renda. Considerado um dos desafios que “permanecem no campo da alimentação e da segurança alimentar e nutricional”, nas palavras de Siliprandi (2004).

Outros pontos de oportunidades, como a publicação do primeiro Guia Alimentar Brasileiro para População Brasileira como ferramenta objetiva da PNAN, explicitando a alimentação como um direito humano; a articulação entre os documentos das políticas explicitada nas diretrizes dos mesmos sinaliza para gestão e ação pactuadas no modelo de atenção à saúde; e, a expectativa inicial da implementação das ações da PNPS com vistas a possibilidades de redirecionamentos da gestão das ações na atenção básica de saúde.

⁴ Recentemente, na implementação dos programas federais de transferência de renda, tanto o programa Bolsa Alimentação como o Bolsa Família, elegeu a mulher como a titular do benefício, na condição de gestante ou mãe, como responsável por um conjunto de decisões no ambiente familiar, particularmente quanto à alimentação. O pressuposto subjacente é o de que a transferência de renda feita diretamente à mulher tem maior impacto sobre a situação de saúde e nutrição da criança, além de ser uma estratégia de fortalecimento de sua auto-estima (SANTOS, 2004).

Retomando a síntese de Buss (2000, p.166) sobre os conceitos de promoção da saúde elaborados por diferentes atores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais, identifica-se com aquele em que à promoção da saúde sustenta-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores inter-relacionados, têm suas atividades mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente e o reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

Assim concebido, considerando que o momento atual da PNPS, em início da sua implementação e, portanto, um tempo propício a interrogações no que se refere a necessidade de coerência entre os propósitos definidos e o métodos selecionados, de modo que permita desencadear um processo de ressignificar o pensar e o agir para promoção da saúde: de que se trata cada uma das diretrizes da PNPS? Como construí-las de maneira que ocorra a mudança de paradigma?

Por tudo anteriormente mencionado e na tentativa de esboçar alguma resposta e reflexão às questões, dois aspectos são fundamentais ao processo de ressignificar e reconstruir as práticas em saúde pública/coletiva. Considera-se que estes aspectos complementarizam a agenda da saúde pública/coletiva e potencializariam as ações da PNPS, se tomados com o mesmo vigor e visibilidade no que se refere a temática da alimentação, da nutrição e da prática corporal/atividade física, dado que já há conhecimentos suficientes para tomada de decisões necessárias. O diagnóstico inicial, no presente estudo, poderá servir como ponto de partida para ações de promoção da saúde se somado a estes dois aspectos complementares, apresentados a seguir sem qualquer ordem de precedência:

1. Pensar e agir Freiriano. A PNPS precisa se alinhar na implementação das suas ações de acordo com a filosofia do educador Paulo Freire, uma pedagogia dialógica, reflexiva e problematizadora, ou seja, aquela que objetiva o desenvolvimento da consciência crítica para autonomia tanto dos sujeitos e coletividades quanto para os profissionais da saúde. Partindo do pressuposto que argumenta Paim (2001), sobre a necessidade em desenvolver programas de educação continuada e permanente para os profissionais inseridos nas instituições que prestam serviços de saúde, com o propósito de recompor e atualizar constantemente os novos elementos para a sua

prática. Ressalta-se para que a incorporação dos conceitos e princípios seja realizada de forma clara e objetiva no processo de formação ampla e integral destes profissionais, do ponto de vista pedagógico. Manifesta-se para o uso, por exemplo, das ferramentas da Educação em Saúde para o planejamento e implementação de ações que tenham por objetivo a superação da relação desigual entre profissionais e usuários. Nessa direção e de acordo com as considerações de Candeias (p. 212,1997):

[...] o fato é que, em qualquer sistema de saúde, não se pode conceber o planejamento da política de ação sem antes considerar as premissas do planejamento educativo (seja na promoção da saúde seja na educação em saúde, grifos). Se isso ocorrer, a prática subsequente será equivocada e, portanto, ilógica no que diz respeito às necessidades da população que se pretende alcançar.

Especificamente, no que se refere ao campo da Nutrição, Boog (p. 140, 1999), destaca que “infelizmente, as experiências documentadas sobre os programas e as atividades de educação nutricional no Brasil são em número exíguo, e raríssimas as iniciativas junto à rede básica de saúde”

Na verdade, nas palavras de Cervato et al (2004), observa-se que a maioria dos programas de educação nutricional acredita que os indivíduos estão dispostos a mudar seus comportamentos, o que nem sempre ocorre. Por fim, e corroborando com as conclusões de Boog (p.146, 1999):

- I) a educação nutricional deve estar presente em todos os níveis de atenção à saúde;
- II) os programas de educação nutricional são necessários para enfrentar o atual quadro de morbi-mortalidade da população, que tende a agravar-se pela tendência que vem sendo observada nos padrões de consumo de alimentos;

- III) há receptividade, interesse e necessidade social de ações de educação nutricional, porém inexistente o espaço institucional, entendido por cargos e funções nas organizações de saúde.

2. Pensar e agir antropofagicamente. De acordo com Gastão Wagner Campos (2004), a ressignificação das ações de promoção da saúde será por meio do resgate da nossa vocação “antropofágica”. Um dos questionamentos no debate atual relaciona-se à incorporação dos princípios da Promoção da Saúde originários de outros países desenvolvidos sem a devida “precaução” para implementação das ações propostas (CARVALHO, 2005).

O pensar e agir antropofagicamente também precisam ser feitos no âmbito da nutrição, pois os estudos que fundamentam as recomendações nutricionais são, em sua maioria, produzidos nos países desenvolvidos, pautados em outros princípios e necessidades e que se diferem, por exemplo, dos alimentos e práticas alimentares próprias da cultura brasileira (GARCIA, 2005; SICHIERI et al. 2002). Não se trata de canibalismo, mas uma ação metafórica no sentido fisiológico da palavra deglutir, em vez de engolir por inteiro: passar o bolo alimentar da boca para o esôfago e, a seguir, para o estômago e, no intestino absorver o necessário e/ou descartar o que não é necessário bem de acordo com o processo digestivo, entendido, de acordo com Houassis e Villar (2001), como um “conjunto de processos implicados na conversão de alimentos em substâncias adequadas à absorção e à assimilação”.

Dadas a natureza e a complexidade da temática, superado o desafio da formulação do conjunto de questões que nortearam o presente estudo, mais desafiante ainda foram suas reflexões apresentadas no estudo, todavia suscitaram muitas outras e provavelmente levarão a realizar outras investigações mais amplas e aplicadas à nutrição humana. Acredita-se ainda que o compartilhamento dos achados do presente estudo poderia ser uma estratégia inicial e útil entre as moradoras e a equipe do PSF para ações de promoção da alimentação, nutrição e atividade física.

5. Considerações finais

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.”

Guimarães Rosa

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo não há conclusões, mas considerações tendo em vista que se buscou uma aproximação da complexa temática da promoção da alimentação, nutrição e atividade física, principalmente, no que diz respeito às potencialidades para construir ações de promoção da saúde na atenção básica.

Em síntese, este estudo foi realizado com moradoras assistidas pelo programa de saúde da família na macro-região da Vila Formosa, na região leste da cidade de São Paulo. A amostra foi constituída de mulheres adultas jovens, que tinham em média 10 anos de escolaridade e a maioria estava inserida no mercado de trabalho com ganhos em torno de 3 SM. Os achados mostram que, em geral, tanto a alimentação, quanto o estado nutricional e atividade física não se aproximavam das recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. Nessa direção, se refletiu sobre possíveis obstáculos e oportunidades para o planejamento e implementação de uma ação local.

No que diz respeito aos obstáculos e as oportunidades, algumas considerações podem ser feitas. Em tempos de promoção da saúde e considerando a natureza complexa e as peculiaridades dos objetos em estudo, as ações para promoção da alimentação, nutrição e atividade física circunscrevem-se por um lado, entre obstáculos, os aspectos sócio-econômicos-culturais, e por outro lado, entre oportunidades, o vigor e a visibilidade que a temática ocupa na agenda mundial e nacional da saúde pública/coletiva.

Contudo, apesar das dificuldades em se conceituar saúde, assim como a promoção da saúde, tem-se conseguido alguns consensos, como o de que a saúde não é apenas ausência de doença, mas, como algo amplo e complexo, incluindo os determinantes sócio-culturais-ambientais. A saúde é um caminho, um processo. A doença também. Assumindo-se tanto a saúde como a doença como processos pode-se construir caminhos a serem trilhados. Nesta construção dos caminhos alguns atores envolvidos no processo são fundamentais. Nesse sentido, os gestores

da saúde têm tomado algumas medidas que sinaliza um novo caminhar ao instituir a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006, 2005).

Na perspectiva ampliada do conceito de saúde, como definida no âmbito da PNPS, de acordo com Campos (2004), os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses, pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida. Envolve forças políticas, econômicas, afetivas, culturais e sociais existentes num território (local, regional, nacional e/ou global).

Reforçando os argumentos de Caponi (2003), que, ao ter como objetivo proporcionar saúde adotando como eixo central as diretrizes da PNPS significa “comprometer-se com sujeitos e coletividades que expressem crescente protagonismo, crescente capacidade para gerenciar satisfatoriamente os limites e os riscos impostos pela doença, pela constituição genética e pelo contexto sócio-político-econômico-cultural, enfim pela vida”. Isso se aplica a variáveis envolvidas nos modos de viver, como a alimentação, a nutrição e a prática corporal/atividade física, nas quais a matriz cultural que o indivíduo traz consigo devem ser consideradas, visto que o processo é complexo, requer um enfoque integrado e articulado as diversas dimensões dos objetos.

Fischler (2002), ao discutir sobre a característica onívora da alimentação humana, afirma que o ser humano, na atualidade, não sabe gerenciar o excesso de opções alimentares. Um tipo de “calidoscópio para as escolhas alimentares” como nomearam Silva et al. (2002). Nesse sentido, a implantação/implementação da PNPS certamente implica um compromisso ético, técnico e político de todas as instâncias envolvidas em um novo modo de pensar e agir para operacionalizar suas diretrizes. Implica também o compromisso da Saúde Coletiva em fazer uso público, e responsável, do conhecimento gerado pelas evidências científicas (SICHIERI et al., 2002).

Para ações de promoção da alimentação, Garcia (2005, p.224) sugere que as propostas de intervenção individuais ou coletivas “busquem oferecer alternativas dentro dos recursos disponíveis (econômicos e socioculturais), preservando as características da vida habitual definida pelo sujeito” e que se tais considerações forem contempladas “supõe-se poder chegar mais perto de mudanças desejáveis na alimentação”. Assim, soma-se nas palavras de Cervato et al (2004), que recomendam para “ações ou programas de educação nutricional tenham como base as teorias da educação e de outras ciências humanas, visando ao aprimoramento desta área da nutrição, e assim, contribuir de fato, para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde”.

Quanto à promoção da atividade física, Ferreira e Najar (2005) alertam que se faz necessário ir além do quantitativo de pessoas fisicamente ativas, é preciso considerar variáveis como oferta, acessibilidade e qualidade de espaços para traduzir melhor o desempenho das ações adotadas, tornando mais consistentes a elaboração e a avaliação desses programas de promoção da atividade física de larga abrangência populacional. Ainda nessa direção e de acordo com Florindo (1998), no caso de países como o Brasil, as ações de promoção em saúde, na área de Educação Física, devem ser desenvolvidas com base nos fatores determinantes da saúde e parte integrante do cotidiano da população.

Espera-se que com o passar do tempo a PNPS não seja mais uma política pública a ser citada entre tantas outras como as já referidas no presente estudo ou que foram constituídas apenas no papel ou ainda aquelas executadas apenas por um mandato de governo. Portanto, que seja o início de um processo da promoção da vida com qualidade para os sujeitos e coletividades e mais ainda para o auto cuidado das mulheres.

Avaliar o elenco de responsabilidades do documento da PNPS seria imprudente dado que se inicia o processo de implantação e implementação das ações previstas. A PNPS tem um longo caminho a percorrer no sentido da operacionalização das suas diretrizes e concretizar-se em um outro modo de produzir saúde. De um lado enfrentar os obstáculos, empreender um esforço para implantação de uma política

transversal, integrada e intersetorial e apontar as vias de superação. Do outro lado, e ao mesmo tempo, existem oportunidades de ampliação do debate acerca da transformação das condições e modos de vida, somando-se a necessidade de criação de um sistema de avaliação em processo e continuado.

Desta forma, reconhecendo a complexidade dos objetos de estudo do campo da saúde como, a promoção da alimentação, da nutrição e da prática corporal/atividade física, entre outras, e de acordo Sichieri et al. (2002), a abordagem deste temas na Saúde Pública estão muito mais próximos da Epidemiologia Nutricional que por sua vez incorpora muito pouco os conceitos antropológicos ou sociológicos, apesar da riqueza da produção no Brasil sobre a temática, por exemplo: os Parceiros do Rio Bonito de Antônio Cândido, Casa Grande e Senzala de Gilberto Freire, História da alimentação no Brasil de Câmara Cascudo e mais recentemente Antropologia e nutrição: um diálogo possível de Ana Maria Canesqui e Rosa Wanda Diez Garcia.

Em tempos de promoção da saúde, os desafios para a implementação de ações de promoção da alimentação, nutrição e atividade física requer um enfoque integrado e articulado as diversas dimensões dos objetos em estudo. Nesse sentido e concordando com Paim (2006 p.134) a Saúde Coletiva tende a se apresentar “menos normativa e prescritiva, mais estratégica e comunicativa”, e portanto, uma ferramentas mais pertinente para intervir no individual e coletivo dentro da perspectiva da promoção da saúde.

Finalmente, se a relação da alimentação, nutrição e atividade física com a saúde é estratégica e fundamental e, considerando a mulher como responsáveis pela alimentação no âmbito doméstico e pelos cuidados de saúde com a família, conseqüentemente, cabe requerer a participação efetiva das mulheres nas políticas para favorecer o protagonismo feminino e a promoção da saúde.

*6. Referências**

*As referências estão de acordo com a norma NBR 14724/2005 preconizada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

6. REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre seguridade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 9, p. 833-840, 2004.

ALVES SOBRINHO, E. J. M; CAPUCCI, P. F. Saúde em São Paulo: aspectos da Implantação do SUS no período de 2001-2002. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.17, n. 48, p. 209-227, 2003.

ANJOS, L. A. **Obesidade e saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 100p.

ASSIS, A. M. O. et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição PUCCAMP**, n.15, p. 255-266, 2002.

BARROS, M. V; NAHAS, M. V. Health risk behaviors, health status self-assessment and stress perception among industrial workers. **Revista de Saúde Pública**, n. 35, p. 554-563, 2001.

BEATON, G.H. et al. Sources of variance in 24-hour dietary recall data: implications for nutrition study design and interpretation. **American Journal Clinical Nutrition**, n. 32, p. 2456-2459, 1979.

BOOG, M. C. F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, supl 2, p. 139-147, 1999.

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.

_____. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p.18.055-9, 20 set.1990.

_____. Lei n. 11.346 de 15 de setembro de 2006. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 set. 2006.

BRASIL. Ministério do Esporte. **Documento Final da I Conferência Nacional do Esporte**. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <http://portal.esporte.gov.br/arquivos/conferencianacional/CNE_Documento_Final.doc> Acesso em: 18 set 2006

_____. **Documento Final da II Conferência Nacional do Esporte**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <URL:http://portal.esporte.gov.br/arquivos/conferencianacional/coletanea-versao-final_23_01_06.doc> Acesso em 18 set 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise da estratégia global para alimentação saudável, atividade física e saúde**. Documento realizado pelo grupo técnico assessor instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº 596 de 8 de abril de 2004b. Disponível em: <URL:<http://www.saude.gov.br/nutricao/publicacoes>> Acesso em: 18 jan 2005

_____. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2002. 56p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2 ed. rev. Brasília, DF, 2003. 48 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 21082-21085, 16 out. 1996.

_____. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986. Disponível em: URL:[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatórios/relatorio_8.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)> Acesso em: 19 fev. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação. Estudo Multicêntrico sobre Consumo Alimentar. **Cadernos de Debate**, 1997, volume especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional da Atividade Física. “Agita Brasil”: atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 254-256. 2002 (Informes Técnicos Institucionais).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006. 60p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, DF, 2005. 210p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004c. 186p.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p.163-177, 2000.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CAMPOS, G.W. et al. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p.745-749, 2004.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, 1997.

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Orgs.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CAPONI, S. N. C. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 55-78.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e da mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CARVALHO, Y. M. **O “mito” da atividade física e saúde**. 3.ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. Atividade física e saúde: onde está e quem é o sujeito da relação. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 22, n. 2, p. 9-21, 2001.

_____. Saúde, sociedade e vida: um olhar da Educação Física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 27, n. 3, p.153-168, 2006.

CASOTTI, L. et al. Consumo de alimentos e nutrição: dificuldades práticas e teóricas. **Cadernos de Debate**. v. 6, p. 26-39, 1998.

CASTIEL, L. D. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. de (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. v. 1, p. 79-95.

CASTIEL, L. D; SILVA, P. R. V. A noção estilo de vida em promoção da saúde: um exercício crítico de sensibilidade epistemológica . In: BAGRICHEWSKY, M. et al. (Org.). **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Nova Letra, 2006. v. 2, p. 67-92.

CASTRO, C. M; PELIANO, A. M. Novos alimentos, velhos hábitos e o espaço para ações educativas. In: CASTRO, C. M; COIMBRA, M. (Orgs.) **O Problema Alimentar no Brasil**, São Paulo: Almed,1985, p.195-213.

CERVATO, A. M.; JORGE, M. I. E.; GOMES, A. L. C. Bases teóricas para a prática da Educação Nutricional. **Nutrição em Pauta**, v. 12, n. 67, p. 12-17, 2004.

CHIESA, A. M; BATISTA, K. B. C. Desafios de implantação do Programa de Saúde da Família em uma grande cidade: reflexões acerca da experiência de São Paulo. **O Mundo da Saúde**, v. 28, n. 1, p. 42-47, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS - CFN. **Perfil da inserção profissional do nutricionista no Brasil**. Brasília, DF, 2006, 88p

COORDENAÇÃO GERAL DE DOENCAS E AGRAVOS NÃO-TRANSMISSÍVEIS - CGDANT. Síntese da oficina de vigilância em doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência e Saúde coletiva**, n. 9, p. 957-962, 2004.

COSTA, R. S. et al. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividade física de Lazer no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p.1095-1105, 2003.

CYRILLO, D.C. Tendências do consumo de alimentos e o plano real: uma avaliação para a grande São Paulo. **Planejamento e Políticas Públicas**, n.16, p.163-193, 1997.

_____. **Reconstruindo instituições: o caso da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL)**. São Paulo, 2001. (Tese de Livre Docência) Departamento de Economia da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo.

CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DEAN, A. G; DEAN, J. Á; CULOMBIER, D. **Epi Info, version 6: a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers**. [computer program] Atlanta, Georgia: Centers Disease Control and Prevention, 1994.

DUTRA DE OLIVEIRA, J. E. et al. **Normas e guias alimentares para população brasileira**: delineamentos metodológicos e critérios técnicos. São Paulo: Instituto Danone, 2002.

FERREIRA, M. S; NAJAR, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência e Saúde Coletiva**, n.10 (sup), p. 207-219, 2005.

FISCHLER, C. O Modelo alimentar mediterrâneo: mito e/ou realidade. **Projeto História, Corpo e Cultura**, São Paulo, n. 25, p. 23-35, 2002.

FLORINDO, A. A. Educação física e promoção em saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, n. 3, p. 84-89, 1998.

FREITAS, C. M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.141-159.

GAMBARDELLA, A. M. D.; FERREIRA, C. F.; FRUTUOSO, M. F. P. S. Situação profissional dos egressos de um curso de Nutrição. **Revista de Nutrição PUCCAMP**, v. 13, n.1, p. 37-40, 2000.

GARCIA, R. W. D. Alimentação e saúde nas representações e práticas alimentares do comensal urbano. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Orgs) **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.211-224.

GOMES, A. L. C. **Indicador da qualidade da alimentação em mulheres de diferentes estratos sociais**. São Paulo, 2003. Dissertação. (Mestrado em Nutrição Humana Aplicada). Programa de Pós-Graduação Interunidades - FCF-FEA-FSP da Universidade de São Paulo. Disponível em: <URL:<http://www.saber.usp.br>> Acesso em: 19 de fev de 2007.

GOMES, A. L. C.; CYRILLO, D. C. Utilização da rotulagem de alimentos embalados e a qualidade da alimentação de mulheres de uma região da cidade de São Paulo. **Revista de Nutrição PUCCAMP**, v. 31, n.1, p. 33-42, 2006.

GOMES, V. B; SIQUEIRA, K. S; SICHIERI, R. Physical activity in a probabilistic sample in the city of Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 17, p. 969-976, 2001.

GUIMARÃES, V. M. V; CESAR, C. L. G. Atividade física. In: CESAR, C. L. G. *et al.* **Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo**. São Paulo: USP/FSP, 2005, p. 91-101.

HALLAL, P.C. et al. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Medicine & Science & Sports Exercise**, n. 35, p.1894-1900, 2003.

HOUASSIS, A; VILLAR M. S. **Dicionário Houassis da Língua Portuguesa**. Objetiva, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro; 2000. Disponível em: <URL:<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 24 out. 2005.

_____. **Consumo alimentar; antropometria**. Rio de Janeiro; 1977. [Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF, v. 1: dados preliminares, Regiões I, II, III, IV e V, t. 1].

_____. **Consumo de produtos per capita confirma mudança nos padrões alimentares do brasileiro**. Disponível em: <URL:<http://www.ibge.gov.br/imprensa/Noticias/pof298.htm>> Acesso em: 24 mar. 1999.

_____. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil**. Rio de Janeiro, 2004.

L'ABBATE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil: I. Período de 1940 a 1964. **Revista de Nutrição PUCAMP**, v. 1, n. 2, p. 87-138, 1988.

_____. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil: II. A partir dos anos setenta. **Revista de Nutrição PUCAMP**, v. 2, n. 1, p. 7-54, 1989.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 9, p. 931-43, 2004.

LESSA, I; MENDONÇA, G. A. S; TEIXEIRA, M. T. B. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. **Boletim de la Oficina Sanitária Panamamericana**, n.120, p. 389-413, 1996.

LOHMAN, T. G. **Advances in body composition assessment**. Champaign: Human Kinetics, 1992.

MASSON, C. R. et al. Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p.1685-1694, 2005.

MATSUDO, S. et al. Nível de Atividade Física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 10, n. 4, p. 41-50, 2002.

_____. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, n. 6, p. 5-18, 2001.

MENDONÇA, C. P; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MONDINI, L; MONTEIRO, C. A. Mudanças no padrão de alimentação na população urbana brasileira (1962-1988). **Revista de Saúde Pública**, n. 28, p. 433-439, 1994.

MONTEIRO, C. A. et al. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. **Pan American Journal of Public Health**, n.14, p. 246-254, 2003.

MONTEIRO, C. A; MONDINI, L; COSTA, R.B.L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Revista de Saúde Pública**, n. 34, p. 251-258, 2000.

NOGUEIRA, L; PALMA, A. Reflexões acerca das políticas de de promoção da saúde: uma questão histórica. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 24, n. 3, p.103-119, 2003.

OLINTO, M. T. A. et al. Níveis de intervenção para a obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1207-1215, 2006.

OLIVEIRA, S. P.; THÉBAUD-MONY, A. Estudo do consumo alimentar: em busca de uma abordagem multidisciplinar. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 201-208, 1997.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cinquenta-siete asamblea mundial de la salud. **Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividade física y salud**. Ginebra: WHO, 2004.

_____. **Informe sobre la salud en el mundo: reducir los riesgos y promover una vida sana**. Ginebra: WHO, 2002.

PAIM, J. S. Modelos Assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: PAIM, J. S. (Org.) **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador: Ceps-ISC, 2002; Brasília, DF, 28 mar. 2001

_____. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003a.

_____. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003b.

PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão da literatura. **Revista Paulista de Educação Física**, v.14, n.1, p. 97-106, 2000.

PATE, R. R. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the american college of sports medicine. **Journal of the American Medical Association**, n. 273, p. 402-407, 1995.

PITANGA, F. J; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 870-877, 2005.

REGO, R. A.; BERARDO, F; RODRIGUES, S. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Revista de Saúde Pública**, n. 24, p. 277-285, 1990.

REICHERT, F. F, et al. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 3, p. 515-519, 2007.

RESTREPO, H. E; MÁLAGA, H. (Orgs). **Promoción de la salud: cómo construir vida saludable**. Bogotá: Medica Panamericana, 2001.

ROCKETT, H. R. H. et al. Validation of a youth/adolescent food frequency questionnaire. **Preventive Medicine**, n. 26, p. 808-816, 1997.

SANTOS, S. M. C. (Coord.). Impacto dos Programas de Transferência de Renda no Comércio Local em Municípios Baianos. In: ASSIS, A. M. O. (Coord.). **Avaliação do Impacto Social e Epidemiológico de Programas de Transferência de Renda – Bolsa Alimentação e Bolsa Família – em Municípios Baianos**. Relatório Parcial. Salvador, 2004. Não publicado.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Comunicado n.º 01: Diretrizes Gerais para SMS. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. São Paulo, 25 jan. 2001a.

_____. Comunicado n.º 03: Estrutura e organização da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, 19 jun. 2001b.

_____. Comunicado n.º 12: Orientações para o Desenvolvimento do SUS no Município de São Paulo. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. 13 set. 2001c.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Economia e Planejamento. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). **Mulheres em dados: estudos especiais: escolaridade da população feminina em idade ativa**. 1998. Disponível em: <URL:<http://www.seade.gov.br/cgi-bin/mulherv98/mulher01.ksh>> Acesso em: 20 fev. 2003a.

_____. **Pesquisa de condições de vida no Estado de São Paulo**. 1998. Disponível em: <URL:<http://www.seade.gov.br>> Acesso em: 20 fev. 2003b.

SICHERI, R. **Epidemiologia da obesidade**. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1998.

SICHERI, R; NASCIMENTO S; MOURA, A. S. Algumas reflexões sobre o uso público do conhecimento gerado pela epidemiologia. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p.109-120, 2002.

SICOLE, J. L; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepção, princípios e operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

SILIPRANDI, E. Políticas de segurança alimentar e relações de gênero. **Cadernos de Debate**, v.111, p. 38-57, 2004.

SILVA, D. O. et al. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n. 5, p.1367-1377, 2002.

SILVA, N. N. **Amostragem probabilística: um curso introdutório**. São Paulo: EDUSP, 1998.

SUASUNA, D; ALMEIDA, A. **Políticas públicas para o esporte e o lazer no Brasil (1996-2005)**, 30º Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa, sessão Temática 03 – Esporte, política e cultura. Disponível em: <http://www.unb.br/fef/cedes/arquivos/texto_anpocs-%20politicas_publicas.> Acesso em: 27 ago. 2006.

TEIXEIRA, C. **O futuro da prevenção**, Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistências e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 7, n. 2, p.7-28, 1998.

THOMPSON, F. E; BYERST, T. Dietary assessment resource manual. **Journal of Nutrition**, suppl, 124, p. 2245-2317, 1994.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação. **Tabela Brasileira de Composição de Alimentos [TACO]**: versão 2.2. São Paulo: NEPA/Unicap, 2006.

VALENTE, F. **Direito Humano à alimentação**: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez, 2002.

VELOSO, I. S; SANTANA, V. S. Impacto nutricional do programa de alimentação do trabalhador no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, n.11, p 24-31, 2002.

WILLET, W. C. **Nutritional Epidemiology**. Monographs in epidemiology and statistic. New York: Oxford University Press, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation**. Geneva: WHO, 2003. (Who Technical Report Series, 916), 2003.

_____. **Obesity: preventig and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation. Geneva: WHO, 1998.

_____. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: WHO, 1995. (Who Technical Report Series, 854), 1995.

ZABOTTO, C. B; VIANNA, R. P. T; GIL, M. F. **Registro fotográfico para inquéritos dietéticos – utensílios e porções**. Campinas: NEPA-UNICAMP; Goiânia: DNUT-UFG, 1996.

Apêndice A

Tabela. Distribuição da amostra e taxa de resposta, segundo as micro-áreas. Vila Formosa, São Paulo – SP, 2001.

Micro-áreas	Domicílios sorteados	Domicílios ocupados	Entrevistas realizadas	Taxa de Resposta
1	31	27	23	85,2
2	29	26	20	76,9
3	27	25	20	80,0
4	28	26	18	69,2
5	29	26	19	73,1
6	32	28	24	85,7
7	40	37	31	83,8
8	28	25	20	80,0
9	27	24	22	91,7
10	28	25	19	76,0
11	26	21	19	90,5
12	30	26	21	80,8
13	24	21	16	76,2
14	25	24	22	91,7
15	20	19	17	89,5
Total	424	380	311	81,84

Apêndice B

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FCF/FEA/FSP

Registro _ _ _ _

QUESTIONÁRIO

Nome:	Micro - área:
Endereço:	N.º da família:
Data de nascimento:	Telefone:
Ocupação:	Data: ____ / ____ /2001

Escolaridade: (em anos completos)

Série:	Grau:	Anos:
--------	-------	-------

Composição da família: (Quantos moram? Quantos trabalham?)

Nome	Sexo	Idade	Renda	Renda per capita:

Antropometria:

Peso(kg)1:	Peso2:	IMC:
Altura(cm)1:	Altura2:	
Circunf. da cintura(cm)1:	CC2:	RCQ:
Circunf. do quadril(cm)1:	CQ2:	

Recordatório alimentar de 24 horas:

Dia da semana: _____

[illegible]

Atividade Física

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez:

1. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar **BASTANTE** ou aumentem **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por **SEMANA** () nenhum

Nos dias em que você faz essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ minutos: _____

2. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumentem **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias _____ por **SEMANA** () nenhum

Nos dias em que você faz essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ minutos: _____

3. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por **SEMANA** () nenhum

Nos dias em que você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gasta caminhando **por dia**?

horas: _____ minutos: _____

A que passo você usualmente caminha? Você caminha a:

- () passo **VIGOROSO** que faz você respirar muito mais forte que o normal
- (...) passo **MODERADO** que faz você respirar um pouco mais forte que normal
- () passo **LENTO** em que não há alteração da sua respiração

4. Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, na escola ou faculdade e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado no escritório ou estudando, fazendo lição de casa, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão.

Quanto tempo **por dia** você fica sentado em um dia da semana?

horas: _____ minutos: _____

Quanto tempo **por dia** você fica sentado no final de semana?

horas: _____ minutos: _____

Apêndice C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: **“Padrão alimentar e da atividade física em mulheres adultas”**

Pesquisador Responsável: Andréa Lizabeth Costa Gomes

Este trabalho tem por objetivo estudar os padrões de alimentação e de atividade física da população feminina adulta que reside na área de atuação do QUALIS I / Vila Formosa da cidade de São Paulo.

Garantimos à senhora que a entrevista e a coleta do peso e das medidas corporais que serão realizadas com sua autorização, não trazem risco à sua saúde e que em qualquer momento a senhora pode desistir da participação da pesquisa sem nenhum prejuízo.

Asseguramos também que as informações serão registradas respeitando os hábitos e costumes e mantidas em sigilo, sem identificar os participantes.

Qualquer dúvida existente sobre a pesquisa será respondida pela pesquisadora durante o trabalho ou através do seguinte endereço: Andréa Lizabeth Costa Gomes – Departamento de Nutrição / Faculdade de Saúde Pública / USP. Av. Dr. Arnaldo, 715, São Paulo. Fone: 3066-7771/7705/7762 ou QUALIS/Vila Formosa. Fone: 6674-5246

São Paulo,.....de.....de 2001.

Andréa Lizabeth Costa Gomes

Assinatura do entrevistado

Apêndice D

Tabela. Distribuição dos nutrientes e alimentos de acordo com as categorias de adequação do consumo. Mulheres entre 20 e 50 anos. Vila Formosa, São Paulo-SP, 2001.

Variáveis	Adequação do consumo		
	abaixo n (%)	adequado n (%)	acima n (%)
Carboidratos totais	181 (61,4)	109 (36,9)	5 (1,7)
Açúcar de adição	NA	193 (65,4)	102 (34,6)
Proteínas	35 (11,9)	111 (37,6)	149 (50,5)
Gorduras totais	5 (1,7)	104 (35,3)	186 (63,1)
Saturadas	NA	129 (43,7)	166 (56,3)
Trans	NA	169 (57,3)	126 (42,7)
Fibra dietética	289 (98,0)	6 (2,0)	NA
FLV	241 (81,7)	54 (18,3)	NA

NA = não se aplica