

PROBLEMAS NUTRICIONAIS DA POPULAÇÃO URBANA DA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL

Hélio Vannucchi e José Eduardo Dutra de Oliveira¹

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

RESUMO O interesse em avaliar-se o estado nutricional da população e a qualidade da alimentação das grandes cidades tem ganho considerável importância no Brasil. A população brasileira urbaniza-se rapidamente. Dados demográficos recentes mostram que 70% da população brasileira mora em cidades, que no Estado de São Paulo ela é mais que 90% urbana e que em grandes conglomerados humanos como na cidade de São Paulo, moram mais de 10 milhões de habitantes. Diversas cidades brasileiras tem mais de um milhão de habitantes. Essa urbanização crescente traz consigo sérios problemas de alimentação e nutrição ligados a alterações de hábitos e a diferentes condições sociais. Problemas nutricionais relacionados a falta de proteínas, calorias, minerais e vitaminas ao lado excesso de consumo de álcool e mesmo obesidade tem sido assinalados nessas populações. Abastecimento, preservação higiênica dos alimentos e sua industrialização adequada são outros problemas que afetam a nutrição das populações de nossas grandes cidades. Modificações de hábitos tradicionais como o aleitamento materno vem ocorrendo nessas situações. A prevalência de doenças nutricionais, como a desnutrição, a deficiência de ferro (com e sem anemia), a carência de vitamina A e de zinco tem sido estudada na cidade de São Paulo e em Ribeirão Preto. Ao mesmo tempo o aumento da prevalência de doenças da afliência como as cardiovasculares e a obesidade, ao lado do alcoolismo preocupam os especialistas que trabalham na área de ciências nutricionais.

SUMMARY Nutritional problems of the urban population of the southeast region of Brazil. The interest in the evaluation of the nutritional status of the population and the quality of food in large cities has been steadily growing in Brazil. The Brazilian population is rapidly urbanizing. Recent demographic data show that 70% of the Brazilian population live in cities and that the State of Sao Paulo is more than 90% urban, with dense concentrations. The city of Sao Paulo has about 10 million inhabitants. Other cities in this region have up to 1 million residents. This growing urbanization produces serious food and nutrition problems linked to changes in dietary habits and social conditions. Nutritional problems related to lack of proteins, calories, vitamins and minerals along with excessive consumption of alcohol, and at the same time obesity have been detected in these populations. Food storage, hygienic food preservation, and adequate industrial

processing are among the additional problems affecting the nutrition of the population in large cities. Changes in traditional habits such as breast feeding are occurring in these settings. The prevalence of nutritional diseases such as protein energy malnutrition, iron deficiency (with or without anemia), and vitamin A and zinc deficiency have been studied in the cities of Sao Paulo and Ribeirão Preto. At the same time, the increasing prevalence of diseases of affluence such as cardiovascular disorders and obesity, along with alcoholism, are of great concern to experts working in nutritional sciences.

INTRODUCCION

Nos países em desenvolvimento, as áreas urbanas tem apresentado um crescimento muito rápido, em termos de população, tamanho e importância. A Organização das Nações Unidas (ONU) publicou um relatório sobre os "Padrões de Crescimento da População Urbana e Rural" (1980) e observa-se que a população urbana em países menos desenvolvidos era cerca de 440 milhões em 1960, 970 milhões em 1980 e alcançará 26 bilhões no ano 2000. As regiões mais urbanizadas nos países em desenvolvimento encontram-se na América Latina com um nível de urbanização estimado em 65% em 1980, seguido pela Ásia com 30% e África com 29%(1). Um exemplo disso é São Paulo, que no cruzar do século atingiu 240 mil habitantes. Em 1920, chegou a 580 mil; em 1940 elevou-se para 1,3 milhões; em 1950, para 2,2 milhões; em 1960, para 3,6 milhões; em 1970 foi para 5,9 milhões; em 1980, 8,5 milhões, e hoje (a confirmar) 9,7 milhões. Tomando como referência o ano de 1900, o seu crescimento foi de 40 vezes. A cidade de Nova York no mesmo período apresentou um crescimento de 2,5 vezes(2). Nas grandes cidades, estes aumentos geralmente ocorrem mais frequentemente em favelas do que em outras partes das cidades. Muitas delas se localizam na periferia das megalópolis.

Dados demográficos recentes mostram que 70% da população brasileira mora em cidades, que no Estado de São Paulo ela é mais que 90% urbana, consequência de uma migração rural-urbana. O fluxo migratório se faz no sentido da área rural e das pequenas cidades para os grandes centros

¹14049 - Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - Brasil

PROBLEMAS NUTRICIONAIS DA POPULAÇÃO URBANA

urbanos. Os fatores envolvidos atendem quase sempre a razões de ordem sócio-econômica, como melhor chance de empregos, melhor remuneração, melhor padrão de vida, de educação e recreação.

Nas grandes cidades, os grandes aumentos populacionais ocorrem mais frequentemente em favelas do que em outras partes das cidades. Ultimamente tem se constatado uma tendência de inversão com retorno de grandes contingentes para fora dos grandes núcleos.

De fato, no Brasil se observa claramente este fenômeno: uma expansão acelerada da periferia das maiores regiões metropolitanas, cuja taxa anual de crescimento nos últimos 11 anos superou a das capitais. O fenômeno que está sendo chamado de "metropolização" ocorre na Região Sudeste: em São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e também em outras capitais. Em São Paulo, por exemplo, a capital teve uma taxa anual de crescimento de 1%, enquanto a periferia cresceu à taxa de 3% (IBGE - Censo 91). Cerca de 2,7 milhões de pessoas vivem em favelas ou cortiços na periferia desta cidade.

A maioria das cidades vizinhas às grandes cidades não está preparada para receber estes grandes contingentes populacionais.

As principais consequências dessa metropolização são: a degradação do equipamento urbano, aumento da tensão social, criminalidade, piora do sistema sanitário e nutricional.

Com efeito, em 1985 a taxa de mortalidade infantil (mortes de crianças acima de um ano de idade, para cada mil nascidas vivas) diminuiu para 36,0. Entretanto, esse valor médio encobre dados discrepantes pois no centro de São Paulo, em 1983 a taxa era de 42,58 e, na periferia, de 69,20 (3).

Trabalho recente no município de São Paulo mostra que os idosos da periferia são menos privilegiados pelas condições ambientais, pelos padrões culturais e principalmente pela situação econômica. Neste estudo, os resultados mostraram que a população idosa é predominantemente feminina (60%) e que são migrantes da zona rural (57%). Na área central, 27% possuíam renda per capita maior que US\$ 250,00. Na área periférica existe alto índice de analfabetismo (47%), renda per capita abaixo de US\$ 50,00 (56%) e maior taxa de prevalência de distúrbio mental (32%)(4).

Estudos recentes de prevalência de desnutrição entre crianças menores de cinco anos examinadas em 1974/75 e em 1989, mostram uma queda significativa dessa prevalência. A redução é de 1/3 para todas as formas de desnutrição e de quase 2/3 para as formas moderadas e graves(5). Esses dados, porém, mostram uma distribuição bastante heterogênea, com grandes contrastes entre várias regiões urbanas brasileiras. Por exemplo, 42,3% na Região Norte, 39,3% na Região Nordeste e 19,5% no Sudeste. A Região Sudeste apresenta índices antropométricos comparáveis à de países que conseguiram grande melhora dos níveis de saúde e especificamente dos padrões nutricionais

como a Costa Rica e Chile(6).

Apesar desse progresso nessa região, vários estudos tem demonstrado outras formas de comprometimento do estado nutricional que são igualmente preocupantes.

Possivelmente o enfoque principal dos programas de intervenção tem sido prioritariamente dirigidos para corrigir distorções relacionadas a desnutrição protéico-calórica, tendo emergido agora outras formas de desnutrição.

Assim, no Município de São Paulo, em 1984/85, encontrou se que 53,7% das crianças com menos de 2 anos de idade e de baixo nível sócio-econômico, apresentavam anemia carencial, sendo a metade anemia severa (Hb < 9,5 g/dl). Estes valores significam o dobro da prevalência encontrada em estudo realizado 7 anos antes, no mesmo município(7,8).

Em outras cidades da Região Sudeste também foram relatados valores de prevalência alta de anemia carencial: 38,3% na cidade de Ribeirão Preto - SP entre crianças de 6-12 meses de idade e na periferia 58,2% nas crianças de menos de 2 anos de idade(9,10).

Outras deficiências também foram descritas, como baixos níveis de zinco encontrados entre crianças de idade entre 2 a 7 anos, de baixo nível sócio-econômico, morando em bairros periféricos de Ribeirão Preto - SP. Os níveis plasmáticos de zinco eram inferiores a 70 µg% em 13% das crianças estudadas(11). Dados semelhantes foram relatados no município do Rio de Janeiro - RJ(12).

Segundo estimativas, a partir de pesquisa domiciliar recente (1989) na Região Sudeste, quase 6 milhões de pessoas com 18 anos ou mais apresentam baixo peso, número que corresponde ao maior valor encontrado em termos absolutos, por região no Brasil(13).

Na Região Sudeste a população rural apresenta maior prevalência de baixo peso do que a população urbana (Tabela I).

TABELA I
PREVALÊNCIA (%) E POPULAÇÃO ESTIMADA DE
BAIXO PESO NA REGIÃO SUDESTE-RURAL E
URBANO, 1989.

Sexo	Setor Urbano		Setor Rural	
	%	Pop. estimada	%	Pop. estimada
Homens	14,25	2.311.165	21,46	588.191
Mulheres	13,75	2.403.778	17,20	406.205

Os fatores econômicos certamente exercem influência nos padrões alimentares particularmente na zona urbana. Mello Amorozo e Shrimpton, 1984(14) estimaram que em Manaus a renda era o fator de maior importância na alimentação adequada em 30-60% da população periurbana.

Estes fatores, podem ser observados na Região Sudeste quando se considera os vários níveis de renda, sendo que a prevalência de baixo peso diminui com o aumento da renda familiar mensal per capita(13).

O gasto com comida absorve de 1/2 a 2/3 do orçamento dos moradores de baixa renda da América Latina(15). Ward e Amano, 1980 mostraram que os pobres migrantes no Brasil não se mostraram eficientes na sua escolha da dieta; pela mesma soma eles poderiam adquirir alimentos relativamente melhores(16).

Uma certa relação entre renda, gasto com alimentos e o padrão alimentar é conhecida. Um aumento da renda quase sempre resulta em aumento do gasto com alimentos em termos absolutos, porém, após atingir um certo nível mínimo, a porcentagem do orçamento doméstico gasto com itens alimentares diminui.

Os problemas nutricionais relacionados à rápida urbanização tem, certamente, importância na influência que exercem na ingestão de alimentos dos moradores urbanos particularmente os de baixo poder aquisitivo¹⁷.

Assim, observa-se, com os últimos dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), que a influência de maior renda é mais evidente quando os níveis *per capita* passam de 0,5 salário mínimo para 2 salários mínimos, tanto para homens como para mulheres. Entre as pessoas da zona urbana essa mudança não representou nenhuma alteração na prevalência de baixo peso, enquanto que na zona rural implicou em diminuição progressiva dessa prevalência(13). Possivelmente, interferiram os mecanismos de auto produção, muito comum em áreas rurais. Além disso, a aquisição de alimentos, é claro, depende da renda familiar e esse dispêndio na zona urbana precisa ser balanceado com gastos relacionados à moradia, transporte, etc.

Por outro lado, para o mesmo nível de renda domiciliar mensal per capita, residir na zona rural aumenta o risco de apresentar peso abaixo dos limites considerados normais, segundo os dados do PNSN, 1989.

Estudos tem mostrado maior diversidade de alimentos e possivelmente de melhor qualidade entre os moradores da zona urbana. A dieta urbana tende a incorporar alimentos como carne, peixes, aves, ovos, leite e derivados, frutas e vegetais em maior quantidade(18).

Um outro aspecto a ser considerado é a atividade física que pode ser consideravelmente menor nas cidades(17).

Além disso, relata-se que os novos moradores da zona

urbana tendem a utilizar-se de alimentos industrializados, snack foods, ricos em açúcar, sal e gordura(19,20).

Estes argumentos podem auxiliar no entendimento desse fato, do encontro de grande prevalência de índice de massa corporal considerados baixos na zona urbana.

No outro extremo, detecta-se a presença de alta prevalência de obesidade nos centros urbanos. Entre os adultos quanto à obesidade (IMC ≥ 30) estimouse que sejam em número de 3.698.605 adultos na Região Sudeste. Do total de indivíduos classificados como obesos cerca de 70% são do sexo feminino. Estes valores representam uma alta prevalência entre as mulheres 12,57% e de 3,8% entre os homens conforme Tabela 2(13).

TABELA 2
PREVALÊNCIA (%) E POPULAÇÃO ESTIMADA DE
OBESOS NA REGIÃO SUDESTE-RURAL
E URBANO, 1989.

Sexo	Setor Urbano		Setor Rural	
	%	Pop. estimada	%	Pop. estimada
Homens	6,11	990.829	1,53	42.088
Mulheres	13,71	2.395.828	11,43	269.860

A frequência geral de obesidade, encontrada entre escolares em Ribeirão Preto SP é tão alta quanto a encontrada nos países desenvolvidos, porém, diretamente relacionada aos níveis sócio-econômicos (ver Tabela 3)(20).

TABELA 3
PREVALÊNCIA DE OBESIDADE EM ESCOLARES
SEGUNDO NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO E SEXO-
RIBEIRÃO PRETO-SP

Nível Sócio-econômico	Porcentagem		
	M	F	Total
Alto	35,8	42,4	38,0
Médio	17,0	7,5	12,0
Baixo	2,3	5,3	4,0

A frequência de obesidade entre os adultos vai se acentuando gradativamente com a idade sendo maior a partir dos 45 anos entre as mulheres e de 45 a 64 anos entre os homens(13).

Na área urbana cerca de 67% das mulheres obesas estão nesta faixa mencionada com prevalência de 22,7%. Para os homens a maior prevalência de obesidade foi encontrada na faixa etária de 55 a 64 anos (10,24%).

Ao analisar-se a prevalência de obesidade segundo a renda, observou-se que em geral quanto maior é o poder aquisitivo maior sua frequência, com exceção das mulheres residentes na zona urbana que apresentam uma ligeira diminuição da prevalência.

A obesidade é mais frequente entre os homens residentes na área urbana, com prevalência de 6,11% do que na área rural (1,53%). Entre as mulheres a prevalência de obesidade apresentou-se numericamente semelhante considerando a área urbana e rural: 13,71% e 11,43%, respectivamente(13).

A alta prevalência de obesidade, deve representar uma preocupação a nível coletivo pela maior morbidade e mortalidade associadas.

As tentativas de explicação desse ganho de peso corporal observado e as implicações relacionadas à sua prevalência, especialmente entre as mulheres, passam por análises de consumo alimentar e o gasto energético.

Dados apresentados pelo DIEESE de estudos de acompanhamento de preço relativo da cesta básica em São Paulo não confirmam a possibilidade de aumento global do consumo de alimentos. Comparação sobre a ingestão de alimentos em período de 15 anos poder ser feita por meios da chamada Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF, (FIBGE, 1989) realizada em 1987/1988 em 9 áreas metropolitanas. Estes dados mostraram uma diminuição de cerca de 8% no gasto com alimentos no período compreendido entre 1974 a 1989. Mostraram ainda uma tendência de maior consumo de óleo de soja.

Segundo Coitinho e cols. (13) é possível que tenha havido aumento do consumo energético em subgrupos da população. É possível também que tenha havido oferta de alimentos fora dos domicílios, no trabalho: Programa de Alimentação do Trabalhador. Programas de suplementação de alimentos à gestante e à criança e a redução verificada do tamanho da família podem ter aumentado a disponibilidade de alimentos ou redistribuição diferente para os adultos.

Outra possibilidade é a alteração da composição da dieta no sentido da substituição de alimentos mais caros (carnes, ovos, manteiga, frutas e verduras) por calorias baratas como arroz, o óleo e as farinhas além de possível aumento de ingestão de bebidas alcoólicas.

É possível ainda que esteja em curso uma mudança de

hábitos resultando em menor atividade física relacionada ao trabalho e as horas de lazer com nível de vida cada vez mais sedentário, tendo, é claro, repercussões na composição corporal levando para o extremo de ganho de peso observado até em classes de renda mais baixas(20). O fator hereditário pode, por fim, também ser lembrado como uma explicação adicional.

Propõe-se a instalação de um Programa de Produção, Abastecimento e Consumo de alcance generalizado. É preciso atender com prioridade os segmentos de maior risco com uma ampla suplementação de alimentos básicos. É fundamental aumentar, num programa de longa duração, a disponibilidade proporcional de alimentos.

Uma organização mais eficiente do mercado de alimentos pode servir como alternativa no seu barateamento, diminuindo o número de intermediários entre o produtor e o consumidor. A Prefeitura do Município de São Paulo tem organizado "feirões" e "sacolao" em bairros de menor poder aquisitivo vendendo alimentos a preços mais baratos.

Outra opção frequentemente lembrada é a redução dos preços dos alimentos básicos ao consumidor mantendo um sistema de subsídio governamental sem comprometer o setor agrícola que perderia o interesse na sua produção.

Reconhece-se como importante, o papel da educação nutricional, especialmente para atender o problema da obesidade.

Propõe-se ainda, que os programas de intervenção levem em conta não somente as alterações protéico energéticas mas também os distúrbios relacionados aos micronutrientes.

REFERENCIAS

1. United Nations: Pattern of urban and rural population growth. United Nations, New York. NY, 1980.
2. Ferraz, JCF. Debates: uma aparente descompressão demográfica. Folha de São Paulo 23/01/92
3. Yunes, J & O Campos. Los servicios de Salud en el Area Metropolitana de São Paulo. Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana 106: 77, 1989.
4. Rosa, TEC, ZMA Olivera, FR Medina, G Toniolo & LR Ramos. Perfil sócio-econômico do idoso residente no Município de São Paulo: resultados de um inquérito domiciliar e suas implicações para o planejamento em saúde. VII Congreso Latinoamericano de Geriatria e Gerontologia, São Paulo, 1991.
5. INAN/FIBGE/IPEA. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição - perfil de Crescimento da população Brasileira de 0 a 25 anos - INNAN - Brasília, 1990.
6. Monteiro, CA. O mapa da pobreza no Brasil. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Texto para discussão No 1, 1990.
7. Monteiro, CA & SC Szarfarc. Estudo das condições de saúde das crianças no Município de São Paulo, SP (Brasil) 1984-1985 - V. Anemia. Rev. Saúde Pub. São Paulo 22: 255260, 1987.

8. Sigulem, DM, Es Tudisco, P Goldmberg, MMM Athaide & E Vaisman. Anemia Ferropriva em crianças do Município de São Paulo. *Rev. Saúde Publ.* 12: 168-178. 1978.
9. Cipolotti, R. Estudo da frequência de anemia por carência de ferro em crianças de 6 a 12 meses de idade atendidas no Ambulatório de Puericultura do HCFMRP-USP - Riberão Preto, Dissertação de Mestrado, p. 64, 1990.
10. Freitas, MLS. Estudo de algumas características biológicas e sociais em relação a carências de ferro, das crianças atendidas no Centro de Saúde Escola - Riberão Preto, 1987. Faculdade de Medicina de Riberão Preto - Dissertação de Mestrado.
11. Fávoro, RMD & H Vanucchi. Níveis plasmáticos de zinco e antropometria de crianças da periferia de centro urbano no Brasil. *Rev. Saúde Públ.* São Paulo 24: 5-10, 1990.
12. Donangelo, CM & CE Azevedo. zinco sérico em crianças brasileiras de famílias de baixa renda. *Arch. Latinoamer. Nutr.* 34: 290-297, 1984.
13. Coitinho, DC, MM Leão, E Recine & R Sichieri. Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, INAN, Brasília 1991.
14. Mello Amorozo, MD de & R Shripton. The effect of income and length of urban residence on food patterns, food intake and nutrient adequacy in an Amazonian peri-urban slum population. *Ecol. Food Nutr.* 14: 307-323, 1984.
15. Austin, JE. Confronting urban malnutrition the design of nutritional programs. World Bank Staff Occasional Papers No 28 John Hopkins University Press. Baltimore and London, 1980.
16. Ward, JO & O Amoni Diets of urban migrants in Northeast Brazil: An economical analysys. *Nutr. Rep. Int* 21: 1, 1980.
17. Dema, IS & AP den Hartoq. Urbanization and dietary change in tropical Africa. The food and nutrition E Bulletin of the joint FAO/WHO/ONU-STRC Regional food Nutrition Commission for Africa No 7, 3163, 1969.
18. Chevassus-Agnes, S. Queleques caracteristiques de l'alimentation et de l'état nutritionnel du jeune enfant en milieu urbain et péri-urbain au Sênegal. En: Alimentation deu Jeune Enfant et Urbanization Rapide, pp.33-37. Centre International de l'Enfance, 1983.
19. Integan, CL. Urbanization and nutrition. *Philippine J. Nutr.* 32: 1622, 1979.
20. Schurch, B & AM Favre. Urbanization and nutrition in the Third World. Nestlé Foundation, Lausanne 1985.
21. Arteaga, HP, JE Dos Santos & JE Dutra de Oliveira. Obesity among schoolchildren of different socioeconomic levels in a developing country. *Internat J. Obes* 6: 291-297, 1981.
22. FIBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (1989). Pesquisa de Orçamentos Familiares-dados preliminares - Rio de Janeiro.