

# A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil

*CARLOS AUGUSTO MONTEIRO*

**A**S DISCUSSÕES em torno do “Projeto Fome Zero” (Instituto Cidadania, 2001), a principal prioridade social anunciada pelo novo governo brasileiro empossado em 2003, despertaram uma antiga polêmica brasileira: qual a verdadeira dimensão da fome e da desnutrição no país e, mais importante, quais medidas seriam as mais eficazes para lutar contra esses problemas? Parte da polêmica, a nosso ver, pode ser creditada ao esforço insuficiente empregado no entendimento da natureza e conceituação desses dois problemas e à freqüente impropriedade de se considerá-los como equivalentes entre si e, ainda, como meros sinônimos da pobreza. Outra razão para os comuns desacordos nessa matéria poderia ter raízes no desconhecimento (desconsideração?), por parte de muitos interlocutores do debate, quanto a inquéritos nutricionais que vêm sendo feitos com extrema competência em nosso país pelo IBGE, ou com o apoio deste instituto, desde meados da década de 1970.

Este ensaio pretende contribuir para um melhor entendimento da dimensão e das possíveis soluções para a fome e a desnutrição no Brasil. Inicialmente, procuraremos esclarecer a natureza distinta de cada um desses problemas e o que os distingue conceitualmente da pobreza. A seguir, examinaremos as alternativas disponíveis para operacionalizar os conceitos de fome, desnutrição e pobreza em estudos empíricos que buscam aferir a freqüência desses problemas na população. Finalmente, apresentaremos resultados e análises de inquéritos nutricionais realizados com o propósito de estimar a freqüência, distribuição e tendência secular da fome e da desnutrição em nosso meio. Uma seção final de conclusões e implicações encerra este trabalho. Este ensaio atualiza dados e análises apresentados no seminário “Pobreza, fome e desnutrição no Brasil”, organizado pelo Instituto de Estudos Avançados – IEA da USP em 2 de dezembro de 1994, e publicados em número especial da Revista do IEA em 1995 (Monteiro, 1995).

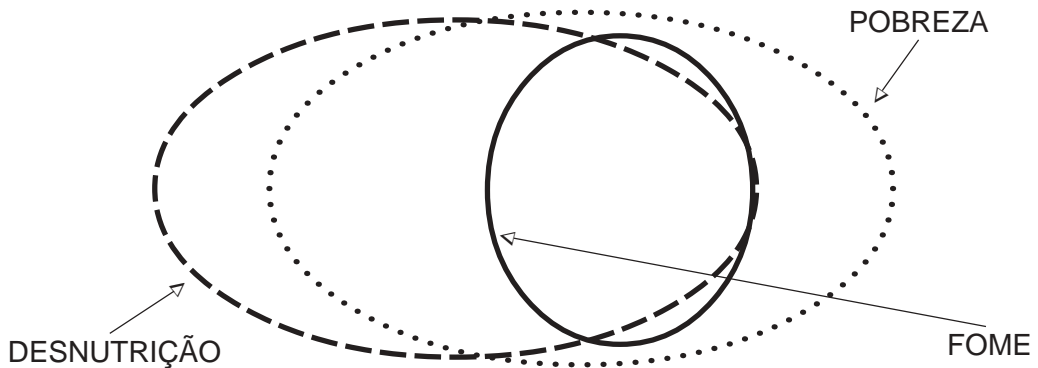
## **Definindo pobreza, desnutrição e fome**

Dos três problemas, a pobreza talvez seja o mais fácil de definir. De modo bastante simples, pode-se dizer que pobreza corresponde à condição de não satisfação de necessidades humanas elementares como comida, abrigo, vestuário,

educação, assistência à saúde, entre várias outras. A desnutrição ou, mais corretamente, as deficiências nutricionais – porque são várias as modalidades de desnutrição – são doenças que decorrem do aporte alimentar insuficiente em energia e nutrientes ou, ainda, com alguma frequência, do inadequado aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos – geralmente motivado pela presença de doenças, em particular doenças infecciosas<sup>1</sup>. A fome é certamente o problema cuja definição se mostra mais controversa. Haveria inicialmente que se distinguir a fome aguda, momentânea, da fome crônica. A fome aguda equivale à urgência de se alimentar, a um grande apetite, e não é relevante para nossa discussão. A fome crônica, permanente, a que nos interessa aqui, ocorre quando a alimentação diária, habitual, não propicia ao indivíduo energia suficiente para a manutenção do seu organismo e para o desempenho de suas atividades cotidianas. Nesse sentido, a fome crônica resulta em uma das modalidades de desnutrição: a deficiência energética crônica.

A diferenciação entre fome, desnutrição e pobreza ficará possivelmente mais clara por meio de exemplificações. Um indivíduo pode ser pobre sem ser afetado pelo problema da fome, bastando que sua condição de pobreza se expresse por carências básicas outras que não a alimentação – o instinto de sobrevivência do homem e de todas as outras espécies animais faz com que suas necessidades alimentares tenham precedência sobre as demais. A situação inversa, ocorrência da fome na ausência da condição de pobreza, não ocorre ou ocorre apenas excepcionalmente e por tempo limitado por ocasião de guerras e catástrofes naturais. Fome e desnutrição tampouco são equivalentes, uma vez que, se toda fome leva necessariamente à desnutrição – de fato, a uma modalidade de desnutrição: a deficiência energética crônica – nem toda deficiência nutricional se origina do aporte alimentar insuficiente em energia, ou, sendo mais direto, da falta de comida. Ao contrário, são causas relativamente comuns de desnutrição, sobretudo na infância, o desmame precoce, a higiene precária na preparação dos alimentos, o déficit específico da dieta em vitaminas e minerais e a incidência repetida de infecções, em particular doenças diarreicas e parasitoses intestinais. Ainda que também não equivalentes, os terrenos da pobreza e da desnutrição infantil são os que mais se aproximam, pois o bom estado nutricional da criança pressupõe o atendimento de um leque abrangente de necessidades humanas, que incluem não apenas a disponibilidade de alimentos, mas também a diversificação da dieta, condições salubres de moradia, o acesso à educação e a serviços de saúde, entre outras. Ainda assim, a presença da pobreza torna mais freqüente, mas não compulsória, a presença da desnutrição na criança, sendo extremamente importante a modulação que pode ser exercida por programas bem planejados de assistência integral à saúde infantil. Em suma, embora igualmente graves e indesejáveis e ainda que compartilhem causas e vítimas, fome, desnutrição e pobreza não são a mesma coisa. A Figura 1 procura representar espacialmente os domínios próprios e comuns desses três problemas em uma população hipotética.

Figura 1 – Pobreza, desnutrição e fome.



### **Aferindo a extensão da pobreza, desnutrição e fome em uma população**

Definições operacionais de pobreza geralmente levam em conta a renda (monetária e não monetária) das famílias e uma linha de pobreza (nível crítico de renda) baseada no custo estimado para aquisição das necessidades humanas básicas. Contabilizam-se como pobres as famílias cuja renda seja inferior à linha da pobreza. Quando a linha da pobreza se baseia apenas no custo da alimentação, fala-se em pobreza extrema, indigência ou mesmo em insegurança alimentar.

Como a maioria das doenças, as deficiências nutricionais podem ser diagnosticadas por meio de exames clínicos e laboratoriais. Por serem biologicamente mais vulneráveis a diversas deficiências nutricionais, as crianças são habitualmente escolhidas como grupo indicador da presença de desnutrição na população, admitindo-se que o percentual de crianças com retardo de crescimento, uma das primeiras e mais precoces manifestações de desnutrição na infância, propicie uma excelente indicação do risco de deficiências nutricionais a que está exposta uma coletividade.

As dificuldades técnicas em se medir de forma confiável a ingestão alimentar habitual dos indivíduos e suas correspondentes necessidades energéticas tornam difícil a mensuração direta da extensão da fome ou da deficiência energética crônica em uma população. De modo mais prático, essa aferição é feita a partir da avaliação das reservas energéticas dos indivíduos, mais especificamente avaliando-se a relação entre peso e altura, admitindo-se que o percentual de indivíduos com insuficiente relação peso/altura, portanto emagrecidos, expresse razoavelmente bem a magnitude da deficiência energética crônica na população. Uma vez que a deficiência energética crônica pode apresentar um componente sazonal importante e variar intensamente de ano para ano, em função de variações no clima e na produção e disponibilidade de alimentos, recomenda-se que, em áreas de risco, a avaliação das reservas energéticas dos indivíduos seja feita de modo contínuo, sob a forma de sistemas de monitoramento.

## A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil

### *A dimensão da pobreza*

A Tabela 1 resume as estimativas feitas pelo “Projeto Fome Zero” quanto à frequência e distribuição da pobreza no Brasil, tendo como base a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios – PNAD de 1999. Tais estimativas consideram a renda disponível declarada pelas famílias, excluindo-se o equivalente a gastos com aluguel e pagamento de casa própria, somam o equivalente à fração de autoconsumo de famílias agrícolas e levam em conta linhas de pobreza construídas com base no custo de vida estimado para as distintas regiões do país. Segundo essas estimativas, pessoas vivendo abaixo da “linha de pobreza” correspondiam, em 1999, a mais de um quarto da população brasileira (27,4%). A distribuição regional da pobreza mostra variações importantes, destacando-se a frequência duas a três vezes maior de pobres nas regiões Norte (36,2%) e Nordeste (48,8%) do que nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (17,0%, 18,3% e 22,3%, respectivamente). Observa-se ainda que, internamente às regiões, a frequência de pobres é sistematicamente maior no meio rural do que no meio urbano. O maior contraste no país é verificado entre a população urbana do Sudeste, onde apenas um em cada sete indivíduos é pobre, e a população rural do Nordeste, onde três em cada cinco indivíduos são pobres.

Tabela 1 – Proporção (%) de pessoas pobres\*. Brasil: 1999.

Área			
Região	Urbana	Rural	Total
Norte	35,4	38,1**	36,2
Nordeste	42,9	59,7	48,8
Sudeste	14,9	34,3	17,0
Sul	15,7	28,4	18,3
Centro-Oeste	20,0	34,0	22,3
Brasil	23,1	46,1	27,8

\* Pessoas com renda familiar inferior às linhas de pobreza regionais estabelecidas pelo “Projeto Fome Zero”.

\*\* Inclui apenas o Estado de Tocantins.

Fonte: Instituto Cidadania 2001.

Séries históricas sobre a frequência da pobreza no país indicam declínios substanciais nos anos de 1970 e estagnação ou declínios muito lentos nas décadas de 1980 e 1990. Já a concentração de renda, das mais elevadas do mundo, pouco se modifica ao longo das três décadas (Pastore *et al.*, 1983; Tolosa, 1991 e Rocha, 2001).

### *A dimensão da desnutrição*

Conforme mencionado, por serem mais vulneráveis a deficiências nutricionais, as crianças constituem o grupo indicador preferencial para o estudo da

presença da desnutrição em uma população, admitindo-se que a proporção de crianças com baixa estatura – alturas aquém de dois desvios-padrão da altura média esperada para idade e sexo, de acordo com o padrão internacional de crescimento recomendado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995) – possa retratar, não apenas a prevalência da desnutrição na infância, como também indicar a dimensão global que o problema da desnutrição alcança na sociedade. Importa esclarecer que crianças com alturas tão baixas como as referidas são encontradas em populações bem nutridas, mas em proporção não superior a 2-3%, correspondendo, neste caso, à fração normal de crianças geneticamente pequenas.

A Tabela 2 apresenta estimativas sobre a frequência e a distribuição da desnutrição infantil no Brasil (excetuado o Norte rural) tendo como base o último inquérito nutricional realizado no país em 1996 (Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS, conduzida pela Bemfam com o apoio do IBGE). Crianças desnutridas ou com baixa estatura correspondiam, em 1996, a 10,4% da população infantil brasileira. A distribuição regional da desnutrição na infância praticamente se superpõe à distribuição descrita para a pobreza, reproduzindo, ainda com maior intensidade, as desvantagens das regiões Norte e Nordeste e, de um modo geral, das populações rurais do país. Crianças com baixa estatura se mostram duas a três vezes mais frequentes no Norte (16,2%) e Nordeste (17,9%) do que nas regiões do Centro-Sul (5,6%), sendo que, internamente, às regiões, tanto no Nordeste como no Centro-Sul, o problema se apresenta duas vezes mais frequente no meio rural do que no meio urbano. O risco de desnutrição chega a ser quase seis vezes maior no Nordeste rural, onde uma em cada três crianças apresenta baixa estatura, do que no Centro-Sul urbano, onde apenas uma em cada vinte crianças encontra-se na mesma situação.

Tabela 2 – Prevalência (%) de desnutrição na infância\*. Brasil: 1996.

Região	Área		
	Urbana	Rural	Total
Norte	16,6	–	–
Nordeste	13,0	25,2	17,9
Centro-Sul**	4,6	9,9	5,6
Brasil	7,7	18,9	10,4

\* Crianças entre zero e cinco anos de idade com altura aquém de dois desvios padrão da média esperada para idade e sexo de acordo com o padrão internacional de crescimento.

\*\* Inclui as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

Fonte: Monteiro *et al.* 2000.

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1997) sobre a proporção de crianças de baixa estatura em vários países do mundo na década de 1990 permitem comparar a dimensão alcançada no Brasil pela desnutrição. Com uma média de 10,4% de crianças com baixa estatura, o Brasil como um todo colocar-se-ia em posição próxima à do Uruguai (9,5%). Com 5,6% de crianças de

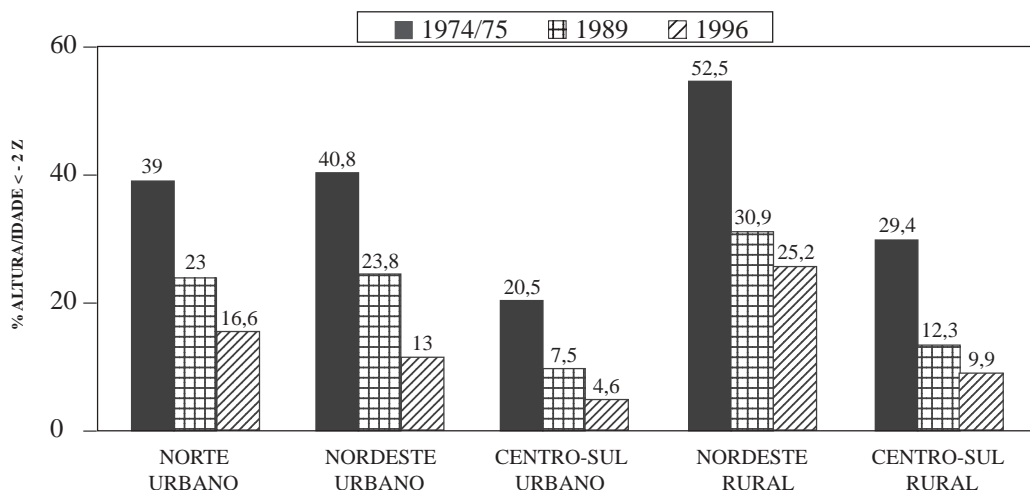
baixa estatura, o Centro-Sul ficaria em situação próxima a da Argentina (4,7%), enquanto proporções bem mais elevadas do problema no Norte (16,2%) e no Nordeste (17,9%) situariam essas regiões entre Colômbia (15,0%) e México (22,8%). Finalmente, as áreas brasileiras em situação mais favorável – o Centro-Sul urbano, onde a proporção de crianças de baixa estatura é de apenas 4,7% – se aproximariam do Chile (2,4%) e mesmo dos Estados Unidos (2,3%), enquanto as áreas em situação menos favorável – o Nordeste rural, onde 25,2% das crianças têm baixa estatura – reproduziriam situações encontradas no Peru (25,8%) e na Bolívia (26,8%) e se aproximariam da situação encontrada no Haiti (31,9% de crianças de baixa estatura).

É interessante notar que o excesso de desnutrição infantil nas regiões Norte e Nordeste vis-à-vis o Centro-Sul do país diminui, mas permanece substancial, quando se ajustam as comparações para as diferenças regionais existentes quanto ao poder aquisitivo das famílias. Esse ajuste é efetuado igualando-se estatisticamente a distribuição das famílias nas diferentes regiões quanto à posse de um conjunto de sete bens pesquisados pelo inquérito domiciliar realizado em 1996 (rádio, televisão, vídeo, refrigerador, máquina de lavar roupa, aspirador de pó e automóvel). Situação semelhante, ou seja, persistência de diferenciais substanciais com o controle de diferenças econômicas entre as famílias, é constatada internamente a cada região quanto ao excesso de desnutrição no meio rural vis-à-vis o meio urbano. Ambas análises indicam, de um lado, que outros fatores, que não os puramente ligados à renda, influenciam o risco de desnutrição no país e, de outro, que as desvantagens das famílias que vivem nas regiões Norte e Nordeste e, de modo geral, nas áreas rurais do país não se esgotam no plano estritamente econômico – desvantagens adicionais quanto à cobertura de serviços públicos de saúde, educação e saneamento, por exemplo, certamente poderiam ser cogitadas<sup>2</sup>.

A Figura 2 retrata a tendência secular da prevalência da desnutrição infantil nas várias regiões brasileiras conforme estimativas provenientes de inquéritos realizados no país em 1974-1975 (Estudo Nacional da Despesa Familiar – Endef), 1989 (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN) e 1996 (PNDS). Tendências declinantes, ainda que não uniformes, são observadas ao longo dos inquéritos em todas as partes do país. A evolução da desnutrição entre 1974-1975 e 1989 indica taxas anuais de declínio mais intensas nas áreas urbanas e rurais do Centro-Sul do país (7,4% e 6,5%, respectivamente) do que nas áreas urbanas e rurais da região Nordeste (4,1% e 4,0%, respectivamente) ou nas áreas urbanas da região Norte (4,0%). Como resultado, expandem-se ainda mais as desvantagens das regiões Norte e Nordeste diante do Centro-Sul do país. No período mais recente – 1989-1996 – observa-se manutenção ou intensificação da velocidade de declínio da desnutrição em todas áreas urbanas do país e desaceleração nas áreas rurais. O Nordeste urbano é o local do país onde é maior a intensificação do declínio da desnutrição: de 4,1% ao ano no período 1974/75-1989 para 9,6% ao ano no período 1989-1996 (contra 7,4% para 7,8% nas áreas urbanas do Centro-Sul e 4,0% para 5,3% nas áreas urbanas da região Norte). Nos dois períodos,

as menores taxas anuais de declínio da desnutrição são observadas no Nordeste rural (4,0% e 3,3%, respectivamente) embora seja essa a região do país mais afetada pelo problema. As taxas anuais de declínio da desnutrição infantil no período 1989-1996 projetam o virtual controle do problema (ou seja, 2,3% de crianças de baixa estatura) no Centro-Sul urbano para o ano de 2003, no Nordeste urbano para 2013, no Norte urbano para 2031, no Centro-Sul rural para 2035 e no Nordeste rural para 2065!

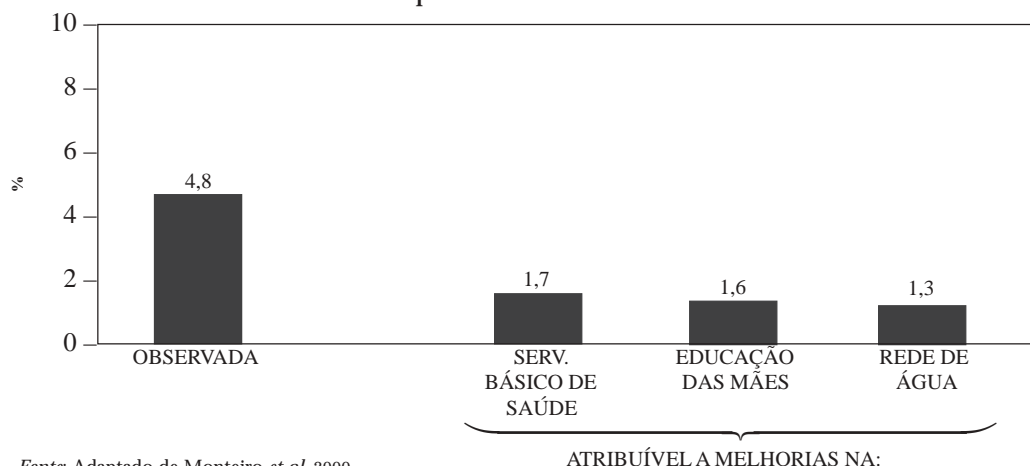
Figura 2 – Tendência secular da desnutrição na infância no Brasil.



Fonte: Adaptado de Monteiro *et al.*, 2000.

Um detalhado trabalho de investigação sobre as possíveis causas do declínio da desnutrição no país no período 1989-1996 indica que, mais do que mudanças na renda familiar, mínimas no período, foram mudanças positivas e formidáveis quanto à cobertura dos serviços básicos de saúde, escolaridade das mães e abastecimento de água as que determinaram a redução da desnutrição (Figura 3).

Figura 3 – Taxa anual (%) de declínio da desnutrição infantil no Brasil no período 1989-1996.



Fonte: Adaptado de Monteiro *et al.*, 2000.

Além disso, a evolução diferenciada dessas variáveis nas diversas regiões do país, mais modesta nas áreas rurais do Nordeste e particularmente favorável nas áreas urbanas dessa mesma região, explicam em grande parte as diferenças regionais constatadas quanto à velocidade de declínio da desnutrição no país (Monteiro *et al.*, 2000). O aumento de renda das famílias brasileiras e o declínio substancial da pobreza observados entre 1970 e 1980 certamente devem ter contribuído para o declínio da desnutrição apontado pelos inquéritos nutricionais realizados entre 1974-1975 e 1989, mas a ausência de informações confiáveis sobre a variação de outros determinantes da desnutrição infantil nesse período impede uma avaliação semelhante à realizada para o período mais recente.

Agilberto Lima / Agência Estado



*Crianças pedem comida a motoristas na BR 020 no município de Bom Jesus, Canindé-CE.*

### ***A dimensão da fome***

Conforme mencionado anteriormente, a aferição da dimensão da fome ou da deficiência energética crônica em uma população pode ser feita a partir da avaliação das reservas energéticas dos indivíduos ou, mais especificamente, a partir da proporção de indivíduos emagrecidos. Embora a deficiência energética crônica seja um evento essencialmente familiar, acometendo simultaneamente crianças e adultos, sua aferição se torna mais específica quando feita sobre indivíduos adultos – crianças podem responder à deficiência energética com a redução do crescimento linear, enquanto adultos sempre respondem com o emagrecimento. Consideram-se magros os adultos que têm relação peso/altura (Índice de Massa Corporal) inferior a  $18,5 \text{ kg/m}^2$ . Em populações onde se sabe não existir fome, adultos magros não ultrapassam 3% a 5% da população, considerando-se proporções acima desses valores como indicativas de risco de deficiência energética crônica. A OMS



classifica proporções de adultos magros entre 5% e 9% como indicativa de baixa prevalência de déficits energéticos, o que justificaria a necessidade de monitorar o problema e estar alerta para sua eventual deterioração. Proporções entre 10% e 19% caracterizariam prevalência moderada da deficiência energética crônica enquanto proporções entre 20% e 29% e proporções iguais ou superiores a 40% caracterizariam, respectivamente, prevalências altas e muito altas (WHO, 1995).

A Tabela 3 apresenta estimativas sobre a frequência e a distribuição da prevalência da deficiência energética crônica em adultos no Brasil conforme a Pesquisa sobre Padrões de Vida – PPV, realizada pelo IBGE entre 1996 e 1997. A PPV foi restrita às regiões Nordeste e Sudeste, as quais abrigam cerca de 70% da população total do país.

Tabela 3 – Prevalência da deficiência energética crônica em adultos\*. Brasil: 1996/97.

Região	Área		
	Urbana	Rural	Total
Norte	5,5	7,1	6,1
Nordeste	4,0	5,4	4,2
Nordeste+Sudeste	4,5	6,4	4,9

\* Adultos com vinte ou mais anos de idade com Índice de Massa Corporal inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup>.

Sérgio Pedreira/CoperPhoto



*Criança trabalhando no lixão na região metropolitana de Recife: futuro incerto.*

Em 1996-1997, indivíduos magros correspondiam a 4,9% do contingente populacional de adultos das regiões Nordeste e Sudeste, proporção que fica dentro (ainda que próxima do limite superior) do intervalo admitido para o indicador em populações teoricamente não expostas à deficiência energética crônica

(3% a 5% de indivíduos magros). A estratificação regional do indicador aponta o Sudeste urbano como área livre da deficiência energética crônica (4,0% de indivíduos magros) e o Sudeste rural (5,4%), o Nordeste urbano (5,5%) e, sobretudo, o Nordeste rural (7,1%) como áreas marginalmente atingidas pelo problema, onde o monitoramento da deficiência energética crônica estaria justificado.

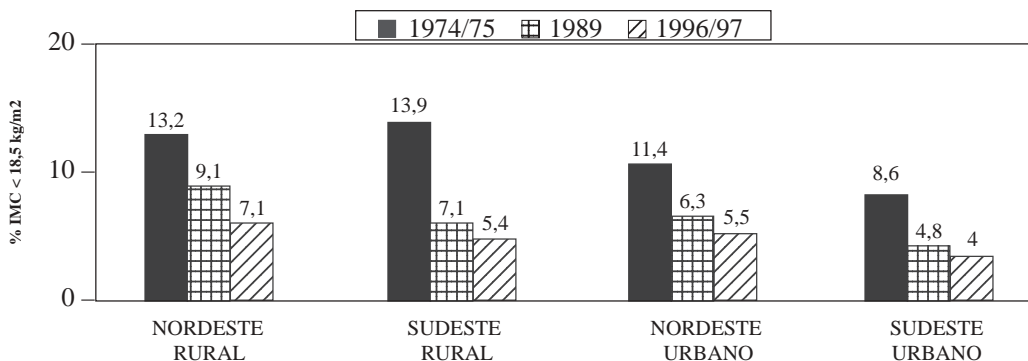
Estimativas confiáveis sobre a proporção de indivíduos magros na população adulta são disponíveis para alguns poucos países em desenvolvimento (WHO 1995), o que torna limitadas as possibilidades de comparação dos dados brasileiros colhidos pela PPV em 1996/97. Com base na média nacional de 4,9% de adultos magros, o Brasil faria par com a Colômbia. Com 6,1% e 7,1% de indivíduos magros, respectivamente, o Nordeste e o Nordeste rural brasileiro estariam em melhor posição do que o México (9% de adultos emagrecidos) e muito distantes de países onde a deficiência energética crônica é reconhecidamente endêmica como Haiti, Etiópia e Índia, onde a proporção de indivíduos emagrecidos na população adulta se aproxima de 20%, 40% e 50%, respectivamente.

Diferentemente do que se observa com os diferenciais regionais relativos aos indicadores de desnutrição infantil, os diferenciais relativos à deficiência energética crônica na população adulta brasileira desaparecem totalmente quando se ajustam as comparações, por meio de modelos de regressão, para as diferenças regionais quanto ao poder aquisitivo das famílias, nesse caso aferido diretamente pela renda familiar *per capita*.

A Figura 4 retrata a tendência secular da proporção de adultos magros nas regiões Nordeste e Sudeste conforme estimativas provenientes de três inquéritos realizados pelo IBGE em 1974-1975 (Endef), 1989 (PNSN) e 1996-1997 (PPV). Tendências declinantes do indicador da deficiência energética crônica são observadas ao longo dos inquéritos em todas as partes do país. No primeiro período – 1974/75-1989 – observam-se taxas anuais de declínio maiores nas áreas urbanas e rurais do Sudeste (4,4% e 5,0%) e nas áreas urbanas do Nordeste (4,5%) do que no Nordeste rural (2,8%). A evolução da proporção de adultos magros nesse período indica que o Sudeste urbano passa de uma situação de baixa prevalência de deficiência energética crônica para uma situação de virtual ausência de risco, enquanto o Nordeste urbano e as áreas rurais do Nordeste e do Sudeste passam de prevalências moderadas para prevalências baixas do problema. No período seguinte – 1989-1996/97 – observam-se declínios adicionais de menor magnitude na proporção de adultos magros nas áreas urbanas das regiões Nordeste e Sudeste e nas áreas rurais do Sudeste (taxas anuais de 2,9%, 2,6% e 3,8%, respectivamente). Esses declínios mantêm o Sudeste urbano como local virtualmente livre da deficiência energética crônica e aproximam o Sudeste rural e o Nordeste urbano da mesma condição. Ainda no segundo período, mantém-se modesta a taxa anual de declínio da proporção de adultos magros no Nordeste rural (3,5%), insuficiente para aproximar essa região do país da condição de local livre da deficiência energética crônica. A projeção das taxas anuais de declínio do indicador no perío-

do 1989-1996/97 indicaria que, por volta do ano 2000, toda a região Sudeste e as áreas urbanas do Nordeste teriam alcançado o virtual controle da deficiência energética crônica (menos de 5% de adultos magros), enquanto a mesma condição ocorreria no Nordeste rural no ano de 2006. Deve-se notar, entretanto, que essas projeções estão sujeitas a imprecisões dadas as variações cíclicas que podem ocorrer na frequência da deficiência energética crônica, sobretudo em áreas rurais, devido a variações no clima e na produção e disponibilidade de alimentos, não contempladas nas estimativas.

Figura 4 – Tendência secular da deficiência energética crônica em adultos no Brasil.



Fontes: Endef 1974/75, PNSN 1989 e PPV 1996/97 (tabulações especiais).

O aumento de renda das famílias brasileiras e o declínio da pobreza observados entre 1970 e 1980 certamente contribuíram para a intensa redução da deficiência energética crônica apontada pelos inquéritos realizados entre 1974-1975 e 1989, sendo mais difícil identificar fatores prováveis para o declínio adicional do problema entre 1989 e 1996-1997.

### Conclusões e implicações

A pobreza, medida pela insuficiência de renda, alcança mais de um quarto da população brasileira e dissemina-se por todas as regiões e áreas do país, afligindo, entretanto, em particular, as populações do Norte e Nordeste e, ainda mais particularmente, a população rural dessa última região. A desnutrição, medida pelo retardo do crescimento infantil, alcança cerca de 10% das crianças do país e se distribui no território nacional de forma semelhante à pobreza, ainda que com diferenças regionais mais intensas. Na região em situação mais favorável – as áreas urbanas do Centro-Sul – a ocorrência de crianças de baixa estatura é rara e sua frequência é apenas pouco superior à observada em países desenvolvidos, enquanto na região em situação menos favorável – o Nordeste rural – o problema alcança uma em cada quatro crianças, condição que aproxima essa região dos países mais pobres de mundo. Diferenças regionais quanto ao poder aquisitivo das famílias não explicam inteiramente o excesso relativo de desnutrição infantil no Norte e Nordeste e nas áreas rurais dessa última região. A fome ou a deficiência energética crônica, medida pela depleção de reservas energéticas na popula-

ção adulta, alcança frequências limitadas no país, compatíveis com virtual ausência de risco do problema. A distribuição regional do indicador de deficiência energética crônica aponta ausência do problema nas áreas urbanas da região Sudeste e virtual ausência do problema nas áreas urbanas do Nordeste e nas áreas rurais do Sudeste. Risco baixo de deficiência energética crônica (muito distante da situação documentada em países que convivem endemicamente com a fome) é encontrado nas áreas rurais da região Nordeste.

Séries históricas de indicadores da pobreza indicam declínio intenso do problema nos anos de 1970, acompanhando o crescimento exuberante da economia nacional, e declínios muito modestos, ou mesmo estagnação, nos anos de 1980 e 1990, acompanhando o crescimento econômico medíocre do país. Indicadores da desnutrição apontam declínio substancial do problema nos anos de 1970 e 1980 e evolução ainda mais favorável nos anos de 1990, a qual pode ser atribuída quase que inteiramente à ampliação de serviços básicos de saúde, rede pública de água potável e aumento da escolaridade das mães. Indicadores da fome ou da deficiência energética crônica apontam declínio intenso do problema nos anos de 1970 e 1980 e declínios de menor magnitude nos anos de 1990. Projeções das tendências mais recentes quanto à desnutrição infantil indicam que o problema poderá ser controlado no Centro-Sul urbano em alguns poucos anos, mas que, se nada de diferente for feito, o problema persistirá no restante do país por muito tempo: por mais dez anos no Nordeste urbano, 28 anos no Norte urbano, 32 anos no Centro-Sul rural e por mais 62 anos no Nordeste rural. Projeções análogas para a deficiência energética crônica indicam que o problema já teria sido virtualmente controlado em todo o Sudeste e nas áreas urbanas da região Nordeste, sendo o Nordeste rural o único território que ainda poderia ser considerado vulnerável ao problema.

As diferenças identificadas na magnitude, distribuição e evolução da pobreza, da desnutrição e da fome confirmam a natureza distinta desses problemas, tal como sustentado na introdução deste trabalho, ao mesmo tempo em que determinam implicações importantes na definição de prioridades, conteúdos, escalas e alvos para políticas públicas.

Ações governamentais específicas de combate à pobreza deveriam ter máxima prioridade no país e devem perseguir essencialmente o aumento da renda dos mais pobres. Ações que resultem em maior crescimento econômico com melhor distribuição de renda e que levem à reativação da economia, à criação de empregos e ao aprofundamento da reforma agrária são vistas como soluções consensuais para o aumento da renda dos mais pobres no Brasil.

Mais recentemente, o mesmo acordo parece existir quanto a programas governamentais de transferência direta de renda acoplados a contrapartidas das famílias beneficiárias, seja com relação à manutenção de crianças nas escolas (“bolsa-escola”), seja com relação a controles preventivos de saúde (“bolsa-alimentação”).

Ações que combatam eficientemente a pobreza serão obviamente de enorme valia para a luta contra a desnutrição. Entretanto, a experiência brasileira e a de outros países em desenvolvimento indicam que a intensificação de investimentos em educação, saneamento do meio e cuidados básicos de saúde, incluindo o monitoramento do estado nutricional infantil e a detecção e correção precoces da desnutrição, será essencial para se alcançar a definitiva erradicação do problema (Gillespie *et al.*, 1996; Smith e Haddad, 2000 e Monteiro *et al.*, 2000).

A luta contra a fome, ou ao que resta desse problema no país, igualmente se beneficiará do combate à pobreza. Contudo, as evidências reunidas neste trabalho indicam que ações específicas de combate à fome, em particular ações de distribuição de alimentos (diretamente ou através de créditos ou cupons), deveriam ser empregadas no Brasil de modo focalizado, com atenção especial para segmentos da população rural da região Nordeste. A expansão desmedida de ações de distribuição de alimentos, ao contrário do que talvez indiquem o senso comum e a indignação justificada diante de uma sociedade tão injusta e plena de problemas como a brasileira, implicaria consumir recursos que poderiam faltar para ações sociais mais bem justificadas e mais eficientes.

## Notas

- 1 Semanticamente, poderíamos também incluir entre as modalidades de desnutrição, ao lado das deficiências nutricionais, os distúrbios nutricionais decorrentes da ingestão excessiva ou desequilibrada de energia e/ou nutrientes, em particular a obesidade, problema crescentemente importante no país. Não o faremos para não tornar este ensaio demasiado extenso e complexo. Remetemos os leitores interessados na dimensão, distribuição social e tendência secular das deficiências nutricionais e da obesidade no Brasil a outro texto (Monteiro *et al.*, 2002).
- 2 O ajuste estatístico mencionado, feito especialmente para este trabalho, vale-se de um modelo de regressão logística onde a variável desfecho é o retardo do crescimento infantil e a variável explanatória é a região de moradia da criança, sendo a variável controle o número de bens no domicílio.

## Bibliografia

- GILLESPIE, S. R.; MASON, J. B. e MARTORELL, R. *How nutrition improves*. Geneva, United Nations Administrative Committee on Coordination/ Sub-Committee on Nutrition (ACC/SCN). State-of-the-Art Nutrition Policy Discussion Paper nº 15, 1996.
- INSTITUTO CIDADANIA. *Projeto Fome Zero. Uma proposta de política de segurança alimentar para o Brasil*. São Paulo, Instituto Cidadania/Fundação Djalmá Guimarães, 2001.
- MONTEIRO, C. A. "A dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil". São Paulo, *Estudos Avançados*, vol. 9, n. 24, 1995, pp. 195-207.
- MONTEIRO, C. A.; BENICIO, M. H. D'A. e FREITAS, I. C. M. "Evolução da mortalidade infantil e do retardo de crescimento nos anos 90: causas e impacto sobre

desigualdades regionais". Em MONTEIRO, C. A. (org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. 2ª ed. aumentada, São Paulo, Hucitec/Nupens-USP, 1990, pp. 393-420.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. e POPKIN, B. M. "Is Obesity Replacing or Adding to Undernutrition? Evidence from Different Social Classes in Brazil". *Public Health Nutrition*, vol. 5, n. 1A, 2002, pp. 105-112.

PASTORE, J.; ZYLBERSTAJN, H. e PAGOTTO, C. S. *Mudança social e pobreza no Brasil*. São Paulo, Fipe/Pioneira, 1983.

ROCHA, S. "Pobreza no Brasil. O que há de novo no limiar do século XXI?", *Economia*, Revista da Anpec, vol. 2, n. 1, jan.-jul. 2001, pp. 73-106.

SMITH, L. C. e HADDAD, L. *Overcoming Child Malnutrition in Developing Countries*. Washington, International Food Policy Research Institute, 2000 (Food, Agriculture, and the Environment – Discussion Paper 30).

TOLOSA, H. C. "Pobreza no Brasil: uma avaliação dos anos 80". Em VELOSO, J. P. R. (org.). *A questão social no Brasil*. São Paulo, Nobel, 1991.

WHO. *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry*. Geneva, World Health Organization, 1995 (Technical Report Series, 854).

\_\_\_\_\_. *WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition*. Geneva, World Health Organization, 1997 (WHO/NUT/97.4).

**RESUMO** – ESTE trabalho pretende contribuir para um melhor entendimento da dimensão e possíveis soluções para a fome e a desnutrição no Brasil. Inicialmente, procuramos esclarecer a natureza distinta de cada um desses problemas e o que os distingue conceitualmente da pobreza. A seguir, examinamos as alternativas disponíveis para operacionalizar os conceitos de pobreza, desnutrição e fome em estudos empíricos que buscam aferir a frequência desses problemas na população. Finalmente, apresentamos e comparamos resultados relativos à frequência, distribuição geográfica e tendência secular da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil e destacamos suas principais implicações para o delineamento de políticas públicas que busquem o controle desses problemas em nosso meio.

**ABSTRACT** – THIS paper intends to contribute to a better understanding of the dimension and possible solutions for hunger and malnutrition in Brazil. We start by clarifying conceptual distinctions between hunger and malnutrition and what distinguishes these two problems from poverty. Then we examine available alternatives to implement the concepts of poverty, malnutrition and hunger in field studies aiming to assess the magnitude of these problems in the population. Finally, we present and compare results on the frequency, distribution and secular trends of poverty, malnutrition and hunger in Brazil and we also discuss its main implications to the design of public policies aiming the control of these problems.

*Carlos Augusto Monteiro* é professor titular do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Coordenador Científico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo – Nupens-USP.

Texto recebido e aceito para publicação em 12 de junho de 2003.