

Acesso aos alimentos no território de uma unidade de saúde: um enfoque multidimensional

Access to food in a health unit territory: a multidimensional approach

Dafne Pavão Schattschneider¹
Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz²
Marianela Zúñiga Escobar³

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Nutrição. Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Rural. Porto Alegre, RS, Brasil.

Correspondência / *Correspondence*
Dafne Pavão Schattschneider
E-mail: dafneps7@gmail.com

Resumo

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) se traduz não apenas na erradicação da fome, mas também na garantia do acesso, de maneira digna, a uma alimentação adequada e saudável. O objetivo deste estudo foi analisar o acesso aos alimentos com um enfoque multidimensional, em um território de uma Unidade de Saúde de Porto Alegre-RS. A abordagem da pesquisa foi qualitativa; utilizaram-se entrevistas semiestruturadas como técnica para a apreensão dos dados empíricos junto a usuárias da unidade de saúde e um grupo focal com profissionais da equipe de saúde. O conteúdo discursivo foi examinado através da análise temática, a partir do conceito de Acesso utilizado no campo da Saúde Coletiva, constituído em quatro dimensões: acesso econômico, técnico, político e simbólico. Apreendeu-se que as entrevistadas constroem estratégias próprias na busca por realizar todas as dimensões do acesso aos alimentos, sendo a alimentação uma prioridade no planejamento familiar cotidiano. Não há, porém, garantias de um acesso regular e de maneira digna a uma alimentação adequada e saudável. Para isso se faz necessário, além das estratégias individuais, maior integração da Saúde com outros setores, na proposição de políticas públicas que, juntamente com o Programa Bolsa Família, possam melhorar a situação da SAN e do Direito Humano à Alimentação Adequada.

Palavras-chave: Segurança alimentar e nutricional. Alimentação saudável. Serviços de saúde.

Abstract

Food and Nutrition Security (FNS) is translated not only into the eradication of hunger, however, in also guaranteeing a dignified access to adequate and healthy food. This study aimed to analyze access to food with a multidimensional approach, in a territory of a Health Unit of the city of Porto Alegre, state of Rio Grande do Sul, Brazil. The research approach was qualitative; semi-structured interviews were used as a technique for the collection of empirical data among users of the health unit and among a focal group with professionals of the health team. The discursive content was examined through the thematic analysis, based on the concept of Access used in the field of Collective Health, consisting of four dimensions: economic, technical, political and symbolic access. It was observed that the interviewees build their own strategies in the search to achieve all the dimensions of access to food, with food being a priority in daily family planning. However, there is no guarantee of regular and dignified access to adequate and healthy food. In order to achieve this, it is necessary, in addition to individual strategies, a greater integration of Health with other sectors, in the proposal of public policies that, together with the Bolsa Família Program, may improve the situation of FNS and the Human Right to Adequate Food.

Keywords: Food and nutritional security. Healthy eating. Health services.

Introdução

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde.¹ As ações e políticas brasileiras com foco na questão alimentar e nutricional foram se estruturando até inserir mecanismos que permitem efetivar o direito humano à alimentação adequada. Um marco importante foi o Projeto Fome Zero, em 2003,² que insere esta temática como prioritária na agenda governamental. Em seguida, maior espaço para a discussão e institucionalização ocorreu com a criação da Lei nº 11.346/2006, Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, que em seu artigo 3º, ao conceituar a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), sinaliza, dentre outros fatores, a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade.³ E finalmente, o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) foi assegurado entre os direitos sociais da Constituição Federal, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 64/2010.

Partindo do pressuposto de que a SAN não se traduz apenas na erradicação da fome, mas também na garantia do acesso universal, de maneira digna, a uma alimentação adequada e saudável, percebe-se a necessidade de uma ampliação no escopo das ações dos diferentes setores envolvidos na promoção da SAN, dentre eles o setor Saúde. A concepção ampliada de SAN capaz

de balizar ações mais integrais em alimentação e nutrição se traduz muito bem na definição apresentada pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, em sua discussão na III Conferência de SAN, qual seja:

A realização de um direito humano básico, com a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, de acordo com o ciclo de vida e as necessidades alimentares especiais, pautada no referencial tradicional local. Deve atender aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação, prazer (sabor), às dimensões de gênero e etnia, e às formas de produção ambientalmente sustentáveis, livre de contaminantes físicos, químicos, biológicos e de organismos geneticamente modificados.^{4(p.31)}

Diante da importância que o acesso aos alimentos assume na garantia da SAN, bem como da necessária amplitude, não somente teórica, mas também operativa do tema, é que foi traçada esta pesquisa. O objetivo foi analisar como se dá o acesso aos alimentos tendo como concretude um território adstrito a uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, que inserida na periferia dessa capital, apresenta uma particularidade: distante de diversos estabelecimentos de comercialização de alimentos, como das redes de supermercados e de feiras alimentares, maior vulnerabilidade socioeconômica e topografia acidentada que dificulta os deslocamentos das pessoas para produzir e acessar os alimentos.

Para operacionalizar a análise sobre o acesso aos alimentos, propostas do campo da Saúde Coletiva sobre o conceito de acesso à saúde,⁵ se mostram interessantes. Esta discussão aborda quatro dimensões que comporiam o acesso: econômico, técnico, político e simbólico. Aplicando a proposta de acesso à saúde para o acesso a uma alimentação adequada e saudável, é possível manter as mesmas dimensões, com pequenas adaptações para o objeto de estudo nesta pesquisa. A dimensão econômica caracteriza-se pela capacidade dos indivíduos em adquirir, através de seu poder de compra/produção, alimentos em quantidade suficiente, qualidade nutricional adequada, aceitabilidade cultural e obtidos de maneira socialmente aceitável. A dimensão técnica compreende uma distribuição universal, equânime e integral dos serviços/equipamentos de SAN, que viabilizem, aos indivíduos, o consumo adequado de alimentos saudáveis. A dimensão política diz respeito ao reconhecimento, dos indivíduos, da alimentação adequada como direito humano, bem como a realização de políticas agrícolas, ambientais, econômicas, sociais e assistenciais e de sistemas político-econômicos que reconheçam e estabeleçam a SAN como direito humano. Já a dimensão simbólica envolve as percepções e concepções dos sujeitos, bem como suas representações sociais sobre a alimentação.

Dessa forma, o acesso alimentar estudado desde um enfoque multidimensional, busca contribuir com a perspectiva sistêmica da SAN, na qual se percebem os problemas de maneira interligada e interdependente da forma como existem na natureza, e não resolvidas isoladamente.⁶

Metodologia

Dada a natureza do objeto, o estudo se orientou pela abordagem qualitativa. Partindo do pressuposto de que a noção de acesso é uma construção também social, as análises demandam posturas mais compreensivas da realidade. Nesse contexto, procurou-se apreender a busca do sentido dos fenômenos no espaço da intersubjetividade presente na vivência dos informantes.

A população do estudo foi constituída em duas partes: pelas usuárias da unidade de saúde (US) estudada e pelos integrantes da equipe de saúde (ES). Para a escolha das usuárias, moradoras do território da US, a investigação se fundamentou nos pressupostos da tradição qualitativa, na qual não se confere relevância à representatividade estatística da amostra.⁷ Sendo assim, a amostra foi dimensionada com objetivo de atingir uma certa diversidade e, principalmente, a saturação teórica.⁸

A escolha por usuárias foi decorrente de serem as mulheres as responsáveis ou principais protagonistas das escolhas alimentares das suas famílias. Além disso, na busca por informantes que pudessem ilustrar diferenças de políticas de SAN, como o Programa Bolsa Família (PBF), optamos por selecionar somente mulheres, considerando que são elas as titulares do PBF. As entrevistas foram realizadas nos domicílios das entrevistadas, atendendo ao fato de esse local compor um ambiente mais favorável para tal finalidade. Para a realização das entrevistas, tivemos o acompanhamento das agentes comunitárias de saúde (ACS); a partir delas, também foram selecionadas as entrevistadas, seguindo o critério de eleger moradores das diferentes microáreas do território da US de responsabilidade de cada uma das ACS.

Como técnica para a apreensão dos dados empíricos junto às usuárias, foram realizadas entrevistas compostas de perguntas norteadoras semiestruturadas que abrangiam as quatro dimensões do acesso aos alimentos. Observamos que a suficiência da amostra, valendo-se do critério de saturação, foi atingida a partir da oitava entrevista. Para a descrição dos resultados, as usuárias são identificadas de “u1” a “u8”. Com a ES foi utilizada a técnica de grupo focal.⁹ Participaram do grupo focal 15 profissionais, sendo eles: um médico (m1), uma enfermeira (e1), dois técnicos de enfermagem (e2 e e3), um dentista (d1), uma técnica em saúde bucal (d2), um ACS (a1) e oito residentes (r1 a r8).

Para apreciação dos dados, foi realizada a Análise de Conteúdo do tipo temático, proposto por Minayo.¹⁰ Operacionalmente, a autora divide em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A partir disso, as entrevistas e o grupo focal foram transcritos e processados; em seguida, o material empírico foi submetido à leitura transversal, de maneira a permitir a impregnação pelo sentido do “todo” de cada depoimento. Para a organização e identificação das temáticas que compuseram as quatro dimensões do acesso aos alimentos, presentes nas narrativas, utilizou-se o *software* Nvivo11®.

Seguindo as recomendações da Resolução nº 466/2012, a pesquisa foi submetida e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

De acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado neste trabalho, as pesquisadoras se comprometeram a manter sigilo acerca das informações individuais obtidas, inclusive da localização do território em estudo.

Resultados e Discussão

O processo de análise foi organizado em quatro eixos centrais, ou seja, dimensões do acesso: econômico, político, técnico e simbólico. A seguir, são descritas, para cada eixo, as temáticas que emergiram a partir dos dados gerados.

Dimensão Econômica

Na análise desta dimensão, emerge na fala de algumas entrevistadas a dificuldade na administração da renda familiar que é quase totalmente aplicada com a alimentação: “*Não é fácil a gente trabalha só pra comer, uma roupa uma vez por ano só*” (u1). A partir dessa fala, foi possível perceber a não realização do direito pleno ao acesso regular e permanente a uma alimentação adequada e saudável, em quantidade suficiente, pois, para garantir o acesso aos alimentos, outras necessidades essenciais, para algumas das entrevistadas, parecem estar comprometidas. Ou seja, é preciso fazer escolhas entre garantir a alimentação ou outras necessidades.

A partir das dificuldades em relação à renda familiar, observou-se que há processos de organização das compras que vão se adequando ao período em que se tem algum dinheiro e ao recebimento do salário (ou de suas parcelas). Assim, de acordo com as possibilidades de renda, a aquisição de alimentos segue uma periodicidade que pode ser diária, semanal ou mesmo mensal.

Um aspecto relevante que surgiu nos relatos das entrevistadas foi que a compra e as escolhas alimentares seguem uma lógica que inclui os menores preços. A partir disso, as entrevistadas vão adequando o cardápio aos gostos da família e a sua capacidade de criar e adaptar pratos com ingredientes mais baratos.

Ah, com certeza eu procuro o menor preço (u8).

Eu procuro sempre adequar e não desperdiçar, porque tudo é muito caro. Eu compro bastante guisado porque é o mais fácil de administrar dentro de uma casa, o meu marido detesta, mas daí eu faço almôndega, panqueca, bife [...] Eu gostaria de poder comprar carne de primeira, essas coisas, mas não dá (u5).

A ES também destacou que a busca pelo menor preço é o fator principal para as escolhas alimentares dos moradores do território, principalmente porque *o dinheiro não está comprando como antes* (d2). Algo importante a se destacar é que a cesta básica (composta por 13 itens básicos para alimentar um adulto trabalhador por um mês) com o maior custo do conjunto de bens alimentícios em dezembro do ano de 2017 foi a de Porto Alegre (R\$ 426,79). Já o salário-mínimo estimado como necessário para a manutenção das necessidades básicas de uma família de quatro pessoas deveria equivaler, também em 2017, a R\$ 3.585,05, ou 3,86 vezes o mínimo de R\$ 937, 00.¹¹ Isto aponta a dificuldade da administração da renda familiar na compra de alimentos para famílias com baixo poder aquisitivo.¹²

Embora a busca pelo menor preço seja um dos principais elementos que orientam a aquisição de alimentos, foi possível perceber que o mais caro também pode fazer parte da alimentação das famílias. No entanto, os alimentos com maior valor são uma exceção no cotidiano, como demonstram algumas interlocutoras:

O que a gente gosta mesmo, por exemplo uma lasanha, minhas gurias adoram, mas é difícil tu fazer que já é caro né, daí eu faço só quando tem um dinheiro extra mesmo (u3).

Churrasco também tá difícil, né, mas a gente quando pode faz, e a careza das carne (u7)

As dificuldades de acessar economicamente os alimentos, sobretudo aqueles considerados saudáveis pela ES, é percebida pelos profissionais como um importante desafio que está posto para o trabalho no campo da saúde, como ilustra a fala a seguir:

Aprender de que forma a gente pode aconselhar os pacientes pra quando eles nos disserem: mas doutora eu não tenho dinheiro (d1).

Corroborando a queixa dos pacientes para os profissionais, Borges et al.¹³ discutem que para os brasileiros com menor poder aquisitivo alcançarem uma dieta adequada é necessário um gasto mais elevado com alimentação do que costumam e conseguem investir. A partir disso, pode-se perceber que para se promover práticas alimentares saudáveis no setor saúde, tornam-se importantes processos de educação permanente das equipes para abordar tal tema e de educação alimentar com os usuários para realizarem melhores escolhas dentro das possibilidades econômicas. Mas também ações que são intersetoriais e dizem respeito a políticas de distribuição de renda e ações mais amplas dirigidas ao ambiente em que elas vivem e ao sistema alimentar como um todo¹⁴.

Claro e Monteiro,¹⁵ analisando renda familiar, preço de alimentos e aquisição de frutas e hortaliças, indicam que o aumento na renda das famílias, sobretudo das mais pobres, bem como a redução do preço de frutas e hortaliças, tanto pelo apoio à cadeia de produção dos alimentos quanto por medidas fiscais, seriam modos efetivos de se aumentar a participação desses alimentos

na dieta das famílias brasileiras. É um fator importante para que essas famílias alcancem uma alimentação adequada e saudável.

Dimensão Técnica

O território adstrito à US estudada está localizado no alto de um morro e, por isso, conforme relataram os participantes da pesquisa, há dificuldades de transporte e de deslocamento. No entanto, há um caminhão que vai ao território para vender frutas e hortaliças, pessoas que vendem cestas básicas de porta em porta, um açougue e diversos pequenos mercados, os quais têm uma variedade limitada de produtos, em sua maioria alimentos ultraprocessados. Também existem alguns mercados um pouco maiores, os quais, além dos produtos mencionados, comercializam algumas carnes, frutas e hortaliças, mas ainda com ampla oferta de ultraprocessados.

Por haver diversos pontos de comercialização de alimentos, não se aplica a essa realidade a ideia de deserto alimentar, termo que tem sido utilizado para descrever a ausência de pontos de venda de alimentos em uma área definida e que pode indicar uma barreira para a aquisição de determinados itens alimentares.¹⁶ Por outro lado, também não é possível descrevê-lo com uma diversidade considerável de estabelecimentos, tendo em vista a pouca variedade das opções alimentares e a ausência de feiras, restaurantes, padarias, bem como transportes públicos suficientes para se deslocar com maior facilidade para pontos mais distantes. Sendo assim, a dimensão técnica do acesso igualmente parece não se realizar de forma ampla no território.

De acordo com a discussão de Jaime et al.,¹⁷ as áreas com maior poder socioeconômico são aquelas com maiores ligações de transportes públicos, parques e instalações desportivas públicas, as quais também apresentam maiores densidades de todos os tipos de estabelecimentos de oferta de alimentos, principalmente aqueles que fornecem frutas e hortaliças, proporcionando maior acesso e consumo a esses alimentos, assim como melhores parâmetros de saúde aos moradores da região, realidade não encontrada no território de estudo.

Duran et al.,¹⁸ analisando os estoques de estabelecimentos que comercializam alimentos no Brasil, apontam que os produtos mais vendidos em bairros de baixa renda são alimentos industrializados e refrigerantes. Do mesmo modo, os pequenos mercados do território da US estudada também apresentam esta característica. Nesses são comprados, pelas entrevistadas, o que se faz necessário de imediato (no dia a dia) para preparar uma refeição, mas também alimentos industrializados e guloseimas, cujo consumo não é planejado ou necessário para suprir as necessidades básicas da família.

O que compra mais no bar aqui perto, é pão, leite, suco, refri, é mais sábado e domingo o refri. (u7).

Só as vezes aqui no bar se eu preciso, assim, de um tomate, uma cebola, muito rápido, acabou na geladeira. (u2).

Partindo da afirmação das entrevistadas, embora esses pequenos mercados não contemplem todas suas necessidades alimentares, o acesso físico a eles é facilitado e considerado importante. Também emerge na fala da ES que no território existem vários idosos com dificuldade de locomoção, para os quais membros das suas famílias são os responsáveis por lhes trazer os alimentos. Sendo assim, o acesso a esses estabelecimentos mais próximos se torna uma forma de autonomia para esses moradores, como relata uma entrevistada:

Pão eu compro aqui, no mercadinho aí em baixo, eu vou de manhã buscar pão. Laranja, essas coisas assim as vezes tem ali, daí eu compro. Agora longe eu não vou. (u6).

Do mesmo modo que os mercados pequenos, os demais estabelecimentos do território são, quando comparados com os supermercados mais distantes, pouco utilizados pelas entrevistadas. No entanto, há referência ao uso, no território, da entrega de cestas básicas vendidas de casa em casa por terceiros, sobretudo por considerarem como facilitador o recebimento em casa e a possibilidade de parcelar o valor da compra.

Em relação às compras dos alimentos básicos e principais para a alimentação da família, as entrevistadas relatam realizar, predominantemente, em locais fora do território, como em supermercados. Embora demonstrem preferência por realizar suas compras em locais mais próximos, se faz presente a busca de alimentos fora do território devido aos valores que foram previamente conferidos por elas. Os valores e significados atribuídos aos alimentos provenientes do estabelecimento de compra, bem como as relações que os envolvem, são fatores importantes para o interesse do consumidor.¹⁹ Os valores conferidos aos supermercados, segundo as perspectivas das entrevistadas, foram o preço, a qualidade e a variedade dos produtos comercializados nesses locais:

Só é mais longe, mas vale mais a pena né tu escolhe o que quer, nesses mercadinho aqui não tem como tu comprar. (u3).

Lastima que aqui no morro não tenha nada né, como é pobre nosso morro, não tem nenhum mercadinho [maior], não tem ... Com certeza também é bem mais caro. (u8).

Além dos valores atribuídos aos supermercados, já descritos, outro valor importante que qualifica alguns dos mercados frequentados é a possibilidade de realizar entregas dos alimentos em casa com carro fornecido pelo estabelecimento, sendo cobrada uma pequena taxa adicional para o transporte. Isso gera certa fidelização das entrevistadas aos estabelecimentos, que somada ao fato de frequentarem sempre o mesmo estabelecimento, cria-se um vínculo com ele:

A maioria das coisas que compro é lá, meu sócio, do meu salário, ele é prático né, [...], tem muita coisa boa lá. (u8).

Segundo relato da ES, o território tem “*um terreno fértil para o plantio*” (r1) que seria pouco explorado pelos moradores. Ao encontro da observação da ES, verificamos que apenas duas entrevistadas têm horta em casa. Apesar de alguns entraves da região, como o fato de o território estar sobre um morro com pedras, o cultivo de hortas poderia ser explorado pela ES com uma tecnologia de fundamental importância para a aproximação entre profissionais e usuários, o exercício da autonomia e do autocuidado e, conseqüentemente, para promoção de SAN e saúde, como preconiza a atual Política Nacional de Alimentação e Nutrição.¹

Nas falas foi possível perceber, como estratégia para o consumo de frutas e hortaliças, a compra desses alimentos a preços abaixo do comum em *quitandas* improvisadas no chão de algumas esquinas, na frente das paradas de ônibus e de pontos comerciais no centro da cidade. A venda de frutas e hortaliças, dessa forma, vem crescendo em Porto Alegre, assim como sua aquisição. Esses locais são considerados, pelas entrevistadas, como de fácil acesso físico e financeiro, mas pouco se conhece sobre sua origem e qualidade sanitária, ou seja, como são produzidos, armazenados e distribuídos.

Além da produção familiar, as feiras de comercialização são opções importantes de acesso aos alimentos *in natura* e minimamente processados, reconhecidos como marcadores de uma alimentação saudável cuja base são frutas e hortaliças.²⁰ No entanto, a aquisição alimentar em feiras não é usual entre as entrevistadas. Chamoram-nos a atenção os escassos relatos da compra de alimentos nesses locais, bem como a ausência de falas acerca da busca pelo consumo de alimentos orgânicos, considerados livres de agrotóxicos.

Um fator a ser considerado é que no território não há feiras e, para acessá-las, são necessários maiores deslocamentos, o que por sua vez é mais dificultoso do que para outros estabelecimentos como os supermercados onde, mesmo sendo fora do território, se compram todos os alimentos consumidos pelas famílias. Importante destacar que a presença de estabelecimentos que comercializam alimentos adequados e saudáveis no território é relevante para o aumento do consumo desses alimentos,¹⁷ mas não é o único fator a interferir na sua aquisição. Percebemos que, independentemente da distância, acaba sendo prioridade, para as entrevistadas, a busca por alimentos mais baratos e de maior qualidade, de acordo com suas percepções de qualidade, mesmo que para isso precisem realizar deslocamentos maiores.

Dimensão Política

Nesta dimensão destacamos o Programa Bolsa Família (PBF), enquanto principal política de garantia da SAN e do DHAA, como o programa mais acessado pela população do território. Nos relatos, foi possível perceber o papel fundamental que o PBF tem na renda das famílias,

sendo mesmo, para uma delas, a principal fonte. Por consequência, percebe-se que seu acesso é fundamental para o aumento da quantidade na aquisição de alimentos, porém não necessariamente contribui para a melhora da qualidade da alimentação. Esse é um dos principais destaques de Cotta e Machado,²¹ em uma publicação que faz uma revisão crítica da literatura e discute o Programa Bolsa Família na garantia da SAN no Brasil.

A administração dessa renda proveniente do PBF, mesmo desempenhando papel expressivo para outros gastos das famílias, tem, cotidianamente, um destino específico que é prioritariamente para a alimentação. No entanto não há, pelos depoimentos, um entendimento em relação de como se deve utilizar essa renda, conforme ilustra a fala:

Eu recebo R\$170,00, me ajuda bastante, eu uso para casa, o que precisar da casa, se eu precisar inteirar dinheiro para alguma conta também, vai pra onde tiver que ir, o que ta na vez é pra onde vai [...] daí se eu tiver precisando até pra cortar o cabelo eu já usei, que daí não tenho da onde tirar, mas é o tipo de coisa que eu fico pensando “será que pode, será que não pode?”, porque afinal de contas não sei se é assim se não é. (u5).

Embora o PBF seja um direito do cidadão brasileiro, esse entendimento não esteve presente na fala das entrevistadas, tampouco o reconhecimento de que ele é uma política que anda na direção da garantia do DHAA. Nesse aspecto, apresentaram-se também dúvidas sobre quem deve ou não ter acesso ao PBF, além das informações disponíveis sobre sua utilização por parte das beneficiárias, o que parece impactar diretamente na sua reivindicação.

[Entrevistadora] E vocês tem algum tipo de benefício, como bolsa família?

[Entrevistada] Não, porque minha mãe diz que nunca quis porque ela não precisa, porque tirar de quem precisa então né. (u7).

Eu recebo o bolsa família, eu nem sei como que eu consegui isso, eu me cadastrei para fazer a carteira de habilitação social, daí veio o cartão, falaram que eu poderia usar, então eu recebo. (u5)

Partindo da discussão com a ES, foi marcante o não reconhecimento do PBF como ferramenta para garantia da SAN. Levantaram-se a ausência do conhecimento pleno do funcionamento do PBF, sua conexão com a SAN, bem como o potencial de realização, para além das condicionalidades, de interfaces com o SUS e com outros setores, como a escola. A partir disso foi exposta, pela ES, a importância da melhor compreensão da noção de alimentação adequada e saudável, na perspectiva da SAN, como um dos caminhos para promover a saúde nas práticas da equipe.

Houve uma reflexão no grupo focal sobre os principais entraves em se trabalhar com perspectivas mais amplas de saúde. Os profissionais discutiram sobre a centralidade da doença, da técnica e das ações programáticas no trabalho, tanto na oferta quanto na demanda de serviços pelos usuários. Sendo assim, a ES traz que:

As prioridades são dadas, a gente acaba ficando de mãos atadas na questão da promoção como todo, não só da questão alimentação [...] a gente tá com um lençol curto, a gente puxa um pouco de um lado e descobre do outro. (m1).

A lógica assistencialista, com eixo central no tratamento, é histórica no Brasil e tem sido discutida na literatura. Cecílio²² traz que a lógica assistencialista acaba “colonizando” a vida da unidade e “comprimindo” as atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, já que há uma “disputa” pela utilização dos recursos no serviço.

As potencialidades do PBF estão condicionadas à capacidade da gestão pública e também da sociedade civil de regular o cumprimento de seus propósitos, incluindo a promoção da SAN.^{21,23} Sendo assim, a busca pela garantia do acesso aos alimentos pela dimensão política está diretamente relacionada à compreensão da complexidade da SAN e do PBF, do papel do Estado e do cidadão, no controle e monitoramento do cumprimento das políticas públicas.

Nas entrevistas, observaram-se também poucos relatos sobre a construção de redes de ajuda entre vizinhos e familiares, não havendo indícios da formação de um tecido social mais sólido e integrado no território que seja capaz de fortalecer a potência da micropolítica do cotidiano. Parece que o que mais se faz presente é o individualismo, ao se referirem ao *meu alimento* e *minha compra*, sem citar ações de trocas e apoio entre os moradores, salvo algumas relações familiares:

Geralmente eu não tenho ninguém que eu possa fazer isso, mas lá de vez em quando, mas é muito raro, se eu preciso de alguma coisa que não tem aqui eu peço pra minha irmã, ela mora lá pra cima e aí meu filho vai lá e pega. E ela pede mais do que eu, ela é menos organizada. (u2).

Diante do fato de que caberia a cada um, individualmente, enfrentar as adversidades do cotidiano, percebe-se certo repúdio na realização de trocas e ajuda com outras pessoas. Não há a percepção dessas relações como de apoio e reciprocidade, e sim como uma desorganização por parte daqueles que porventura pedem auxílio. Sendo assim, é considerado importante, pelas entrevistadas, que cada indivíduo, por conta própria, tenha autonomia para suas compras e atividades sem necessitar de outros: “Não peço também nada pra ninguém” (u6).

Evidências apontam que quando uma rede social é forte e integrada, é capaz de ressaltar aspectos positivos das relações sociais, como a ajuda mútua, o compartilhar além de alimentos, também informações, o auxílio em momentos de crise.²⁴

As relações sociais, mediadas pelo alimento, poderiam ser importante instrumento na construção de rede de apoio. Essa rede seria capaz de fortalecer não somente o acesso a uma alimentação saudável para conseguir melhor situação de SAN, mas também o pertencimento social e a um território de saúde, conseqüentemente potencializando o exercício de uma cidadania mais solidária e ativa na busca de direitos para o território.²⁴

Dimensão Simbólica

A partir da transcrição das falas das entrevistadas, produzimos uma “nuvem de palavras” (figura 1), ou seja, um gráfico digital que mostra o grau de frequência das palavras no texto. Quanto mais a palavra é utilizada, mais chamativa, maior é o tamanho dessa palavra no gráfico. Nesse sentido, os termos que mais sobressaíram quando questionamos as entrevistadas sobre as principais refeições, foram *arroz*, *feijão*, *carne* e *salada* (figura 1). Também foi representativo que, juntamente aos alimentos, tiveram destaque palavras como *costuma*, *geralmente* e *come*, as quais denotam que é frequente o consumo desses alimentos.



Figura 1. Nuvem de palavras elaborada com base no Nvivo®, sobre os alimentos mais consumidos nas principais refeições. Porto Alegre, junho de 2017. Fonte: elaborado pela autora.

Um dos elementos que mais se destacaram nas falas refere-se à simbologia que a presença da carne nas refeições tem para as entrevistadas (figura1):

[Entrevistadora] Não faz nenhuma refeição sem carne?

[Entrevistada] Não, não vou pro fogo.” (u1)

Mesmo com alto custo, a carne é muito valorizada. Em estudo de base populacional, Schneider et al.²⁵ analisaram o consumo de carne entre moradores de Pelotas-RS e observaram que há um consumo importante desse alimento, sendo frequente por todos os entrevistados, e diário para alguns. As pessoas de nível econômico mais baixo se destacam, apresentando consumo, na categoria diária de consumo de carnes vermelhas, de 60% a mais que os demais.

É também na sua aquisição da carne que mais buscam lugares com *melhor qualidade*, como relata uma das entrevistadas:

A carne de lá é boa, eu gosto daquela carne, não de qualquer carne (u6).

A carne parece, inclusive, determinar o local onde se comprarão os demais itens da alimentação.

A salada, embora tenha destaque (figura 1) e seu consumo seja considerado importante, não é diversa e não tem espaço central nas refeições como o arroz, o feijão e a carne. A partir do entendimento da ES, esse fato seria possivelmente decorrente do gasto para sua aquisição, o tempo dispendido para o seu preparo e por ela não fazer parte do hábito alimentar dessa população, ou mesmo pela menor capacidade de saciedade proveniente do seu consumo em comparação aos demais alimentos. Outro aspecto levantado sobre a salada foi a pouca valorização do seu consumo, que apareceu quando uma entrevistada falou que consome apenas o tomate, a alface e o repolho, sendo esta “a salada do pobre” (u1).

O consumo de alimentos industrializados também emergiu na pesquisa, mas com mais intensidade no relato da ES. Para os profissionais da US, o consumo de alimentos industrializados se dá por diferentes facetas, como a facilidade para o consumo, sendo necessário apenas abrir a embalagem; o *status* relacionado a essa prática, sobretudo entre crianças no ambiente escolar; bem como pelo acesso técnico facilitado no território de estudo, principalmente pela comercialização disponível nos pequenos mercados.

Em contrapartida ao consumo de alimentos industrializados, também é possível observar o destaque para os termos *faço/fazer* na figura 1, denotando que a prática do preparar as refeições com base no arroz e feijão e carne é presente. A preocupação com o preparo e a escolha dos alimentos aparece, principalmente, quando envolve o cuidado de crianças e idosos. Então existe o reconhecimento da preparação da comida, com a tradição e a variedade que a cultura e a renda permitem, para assim cuidar da saúde da família.

Mesmo que o consumo de arroz e feijão seja marcante (figura 1), há uma desvalorização desse hábito pelas usuárias e pela ES. Algumas entrevistadas consideram o arroz e feijão, assim como a alface, o tomate e o repolho, como *comida do pobre*, e não como uma tradição do brasileiro que deva ser apreciada:

O arroz e feijão também é direto, a gente é muito chegado no arroz e feijão, é a comida do pobre. (u7).

Já no entendimento da ES, o arroz e o feijão entram na rotina dos usuários, caracterizando-se como uma prática automática, “*é o que sabem preparar*” (e1), e monótona. Por isso, não assume uma conotação positiva para a ES, ou seja, não é reconhecido como saudável em tempos em que, de acordo com a POF,²⁶ e discutido por Souza et al.²⁷, a alimentação dos brasileiros vem se caracterizando pela introdução de alimentos processados de alta densidade energética e bebidas com adição de açúcar. A alimentação tradicional baseada no arroz e feijão, além de ser importante na preservação da cultura nacional e no fortalecimento da prática do preparo das refeições, tem papel respeitável como protetora para sobrepeso e obesidade, diferentemente dos padrões alimentares ricos em gorduras, doces e alimentos industrializados.²⁸⁻³⁰

Para a ES, os alimentos que mereceriam ter maior inserção na alimentação dos usuários, e por isso ser mais bem trabalhados pela equipe, seriam, juntamente com as hortaliças, os produtos integrais, bem como iogurte, queijo, carne, atum e vinho, dentre as bebidas alcóolicas. Ou seja, alimentos que não fazem parte do repertório alimentar e cultural da maior parte desta população, mais caros, porém exaltados, até mesmo pela ciência, como protótipos do saudável. Com isso, é possível perceber a tendência das práticas em saúde em medicalizar o comer cotidiano.³¹

Evidências indicam a importância de políticas de alimentação e nutrição que envolvam não apenas o estímulo ao consumo de alimentos saudáveis, como frutas, verduras e grãos integrais, mas também a manutenção do consumo de alimentos básicos tradicionais, como o arroz e o feijão,²⁷ sendo os últimos de mais fácil acesso econômico para as famílias com menor poder aquisitivo.

Conclusões

A proposta deste estudo foi analisar as dimensões da categoria “acesso” propostas pelo campo da Saúde Coletiva que, aplicadas à perspectiva da SAN, pudessem auxiliar no enfoque compreensivo do nosso objeto de estudo. Através desse referencial e da abordagem qualitativa, buscaram-se possibilidades para ampliar a discussão de acesso que, para além do aspecto econômico e técnico - ou seja, da capacidade das pessoas de terem renda para a compra de alimentos, bem como do preço, da oferta dos alimentos e deslocamento para adquiri-los - é preciso considerar também outros elementos. Entre eles, é preciso considerar também a dimensão política imbricada nas possibilidades de acesso dos usuários, bem como a compreensão do simbólico, através inclusive dos valores prescritos pelo campo da saúde que constroem um ideal de alimentação e que se concretizam pelas orientações dos serviços de atenção básica inseridos nos territórios.

Foi possível entender que mesmo não havendo garantias plenas de um acesso regular e de maneira digna a uma alimentação adequada e saudável, as entrevistadas buscam estratégias para o acesso aos alimentos, por essa ser uma prioridade no planejamento familiar cotidiano. Porém,

concomitantemente, foi possível apreender certa conformidade com a realidade vivida por cada uma, incluindo a constante busca pelo acesso aos alimentos como um dever pessoal e individual, sem reconhecimento do potencial das redes de apoio e da alimentação como um direito humano a ser reivindicado, e o papel do Estado em promover e assegurar uma alimentação adequada e saudável à população.

É também imprescindível acrescentar que para garantir um acesso regular e de maneira digna a uma alimentação adequada e saudável, se faz necessário o diálogo entre setores, sendo importante maior integração do setor Saúde e da Atenção Básica com os demais setores que envolvem o trabalho com a SAN, como, por exemplo, os setores de assistência social e agricultura.

Assim, se faz importante a proposição de políticas públicas, que juntamente com o PBF possam potencializar o DHAA e a SAN. Porém, suas potencialidades estão condicionadas à capacidade do poder público e da sociedade civil de regular o cumprimento dos seus propósitos, incluindo a promoção da SAN, bem como à implementação de políticas sociais e econômicas de âmbito mais geral que integrem os diferentes setores. Dentre elas, podem ser destacadas políticas de redução de preços dos alimentos considerados mais saudáveis e a aplicação de impostos mais rigorosos sobre os alimentos com inferior qualidade nutricional; políticas que incentivem a produção de alimentos locais ou regionais; melhor distribuição de renda, de forma a aumentar o poder aquisitivo da população, bem como políticas de educação alimentar. Todos esses fatores, agregados, podem desempenhar importante papel no acesso regular e permanente a alimentos de qualidade.

Cabe lembrar que o acesso aos alimentos não é uma questão isolada; ao contrário, é um tema complexo e multidimensional, que está inserido no enfoque da SAN. Sendo assim, focamos em eixos para facilitar a análise, mas entendemos que na concretude, no cotidiano da vida das pessoas, as dimensões estão entrelaçadas e não se separam.

A partir disso, pode-se concluir que há um desafio teórico-metodológico posto para quem deseje trabalhar com o tema acesso aos alimentos, e que dificilmente será possível encontrar respostas e desenhar novas estratégias de intervenção sem o estudo das especificidades e singularidades locais.

Colaboradoras

Schattschneider DP concebeu o projeto de pesquisa, trabalhou na coleta de dados, na interpretação dos resultados, na redação e na revisão do artigo; Ruiz ENF e Escobar MZ atuaram na concepção do projeto de pesquisa, na interpretação dos resultados, na redação e na revisão do artigo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências

1. Brasil. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Brasil. Fome Zero: a experiência brasileira. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário; 2010.
3. Brasil. Lei nº 11.346 de 15 de Setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União. 18 set. 2006.
4. Brasil. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - por um desenvolvimento sustentável com soberania e segurança alimentar e nutricional. Relatório final. Fortaleza: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; 2007.
5. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Cienc Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):161-170.
6. Maluf RSJ. Segurança alimentar e nutricional. Rio de Janeiro. Petrópolis: Vozes; 2007.
7. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2012.
8. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2010; 24(1):17-27.
9. Bomfim LA. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*. 2009; 19(3):777-796.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
11. Departamento Intersetorial de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Custo da cesta básica sobe em todas as capitais. São Paulo: DIEESE; 2018.
12. Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas. Rio de Janeiro: IBASE, FINEP; 2008.
13. Borges CA, Claro RM, Martins APB, Villar BS. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil? *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(1):137-149.
14. Castro IRR. Desafios e perspectivas para a promoção da alimentação adequada e saudável no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015; 44(1):07-09.
15. Claro RFE, Monteiro CA. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(6):1014-1020.
16. Beaulac J, Kristjansson E, Cummins AS. Systematic review of food deserts, 1966-2007. *Prev Chronic Dis*. 2009; 6(3):A105.
17. Jaime PC, Duran AC, Sarti FM, Lock K. Investigating environmental determinants of diet, physical activity, and overweight among adults in São Paulo, Brazil. *J Urban Health*. 2011; 88(3):567-581.

18. Duran AC, Lock K, Latorre MR, Jaime PC. Evaluating the use of in-store measures in retail food stores and restaurants in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49:80.
19. Silva GP, Silva ME, Costa AS, Marafija EBM, Haas HA. Exposição Feira Agropecuária De Toropi. In: Silva GP, Vendruscolo R, organizadores. *Experiências inovadoras em extensão rural na agricultura familiar na região de abrangência do Instituto Federal Farroupilha*. São Vicente do Sul: Instituto Federal Farroupilha; 2012. p. 92-99.
20. Oliveira NRF, Jaime PC. O encontro entre o desenvolvimento rural sustentável e a promoção da saúde no Guia Alimentar para a População Brasileira. *Saúde Soc*. 2016; 25(4):1108-1121.
21. Cotta MRME, Machado JC. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(1):54-60.
22. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cien Saúde Coletiva*. 1997; 13(3):469-478.
23. Burlandy L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. *Cienc Saúde Coletiva*. 2007; 12(6):1441-1451.
24. Andrade GRBE, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Cienc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):925-934.
25. Schneider BC, Duro SMS, Assunção MCF. Consumo de carnes por adultos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cienc Saúde Coletiva*. 2014; 19(8):3583-3592.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
27. Souza AM, Pereira RA, Yokoo EM, Levy RB, Sichieri R. Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(1 Supl.):190S-199S
28. Sichieri R. Dietary patterns and their associations with obesity in the Brazilian City of Rio de Janeiro. *Obesity Research*. 2002; 10(1):42-48.
29. Sichieri R, Castro JFG, Moura AS. Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(Sup. 1):S47-S53.
30. Neumann AICP, Martins IS, Marcopito LF, Araujo EAC. Padrões alimentares associados a fatores de risco para doenças cardiovasculares entre residentes de um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 22(5):329-339.
31. Prado SD, Kraemer FB, Seixas CM, Freitas RF, organizadores. *Alimentação e o consumo de tecnologias*. Curitiba: CRV; 2015.

Recebido: 26 de fevereiro, 2018

Revisado: 26 de julho, 2018

Aceito: 05 de agosto, 2018

