

Maria Teresa Gomes de Oliveira Ribas
Nutricionista pela UFPR;
Mestre em Geografia pela UFPR;
Docente do Curso de Nutrição da PUCPR,
Área de Saúde Coletiva/Políticas Públicas

Estado nutricional e hipertensão arterial: ensaio de análise socioespacial no bairro Capão da Imbuia – Curitiba (PR)

Resumo

O estudo voltou-se à produção de análise geográfica do perfil nutricional de hipertensos residentes na zona leste de Curitiba (PR) e assistidos por programa de atenção básica de saúde, discutindo-se a questão alimentar-nutricional na relação espaço-saúde. Na perspectiva das desigualdades socioespaciais urbanas, a análise apoiou-se na abordagem histórica da urbanização do lugar e das transformações no modo de vida e nas práticas alimentares cotidianas. O complexo hipertensão-sobrepeso/obesidade tendeu a ser mais amplo em setores mais populosos e pobres. Discutiu-se a obesidade enquanto risco nutricional à saúde, assim como as potencialidades analíticas da Geografia da Saúde na consolidação de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional em curso no país.

Abstract

The study focused on the output of a geographic analysis of the nutritional profile of hypertensives resident in east of Curitiba (PR) assisted by a basic-level attention health program, debating the food-nutritional matter in a space-health relation approach. In the perspective of urban social-spatial inequalities, the analysis was based upon the historical approach of the local urbanization and the changes in the way of life and daily eating habits. The complex hypertension-overweight/obesity tended to be wider in more populated and poorer sectors. Obesity was discussed as a nutritional risk to health, and the analytic potentialities of Geography of Health were analyzed in the perspective of consolidation of a Food and Nutritional Security Policy in operation in the country.

Palavras-chave estado nutricional;
hipertensão arterial; alimentação/nutrição
urbana; geografia da saúde; segurança
alimentar e nutricional.

Keywords *nutritional status; arterial hypertension;
urban food/nutrition; geography of health; food and
nutritional security.*

teresagomes@uol.com.br

Introdução

Contemporaneamente, tem se destacado a preocupação quanto à qualidade alimentar, de nutrição e de saúde da população no cenário urbano. Esforços na esfera da pesquisa científica têm sido reconhecidos como uma necessidade dirigida à discussão de estratégias para o enfrentamento da questão, num contexto de estreita relação com as morbidades associadas à alimentação e ao modo de vida, sob o foco da Segurança Alimentar e Nutricional (MENEZES, 1998, p. 59-60; VALENTE, 2002). De modo mais específico, no campo relativo às enfermidades, o aumento progressivo da prevalência de doenças cardiovasculares tem sido relacionado a modo de vida, padrão alimentar, estado nutricional e hipertensão arterial, em conjunto com o envelhecimento populacional observado atualmente em escalas mundial e nacional. Sendo assim, esse grupo de enfermidades vem requerendo a investigação aprofundada de suas características epidemiológicas, clínicas, terapêuticas, preventivas e de reabilitação (CAVALINI; CHOR, 2003, p. 8).

Na dimensão alimentar, reflete-se que os conteúdos relativos aos significados da alimentação remetem a questões de ampla complexidade, sendo permeados de interações, condicionamentos e regulações de diferentes ordens: biológica, envolvendo desde a dimensão metabólica à psicológica; ecológica, relativa às interações entre o homem e seu ambiente vivido; bem como de modelos socioculturais abrangendo preferências e aversões, assim como prescrições e restrições, que relacionam a qualidade do alimento em termos de seus efeitos sobre o corpo nos planos material e psíquico (BLEIL, 1998, p. 5; CANESQUI, 1988, p. 211; MACIEL; MENASCHE, 2003, p. 4). Entretanto, justamente a partir das dimensões cultural e simbólica presentes na prática alimentar, se discute até que ponto a ação humana relativa à alimentação tem relação direta com o atendimento ideal dessa exigência no plano biológico individual.

Estudos no campo das ciências sociais e biológicas (DIEZ GARCIA, 2003; MINTZ, 2001; ORTIGOZA, 2005) têm se voltado a reflexões sobre os efeitos subjetivos e objetivos da globalização não somente quanto aos padrões de consumo alimentar das populações, como também quanto aos valores impostos em termos da relação entre alimentação, corpo e saúde.

No contexto dos modelos de desenvolvimento das sociedades – em especial, nos países capitalistas periféricos –, tem-se presenciado um agravamento da deterioração das condições de vida no meio urbano. A qualidade da habitação, do acesso à educação e à atenção médica, da alimentação e da utilização do tempo livre tem resultado em algum grau de impacto sobre a saúde populacional. As desigualdades e iniquidades sociais, bem como o intenso fenômeno de urbanização da sociedade, situam-se em destaque dentre os processos que mais têm afetado as condições de vida e de saúde da população nas últimas décadas (BLANCO GIL; SÁENZ ZAPATA, 1994, p. 10-11). Assim, o crescimento populacional e a industrialização articulada aos problemas ambientais e às conseqüentes mudanças climáticas, além dos processos de globalização da economia e de envelhecimento da população, são fenômenos contemporâneos associados a repercussões sobre a questão alimentar-nutricional das sociedades (LE BIHAN; DELPUCH; MARIE, 2003, p. 49-51). Nessa causalidade complexa residem as raízes da transformação nos modos de viver e de produzir e consumir

alimentos. Por outro lado, as condições de nutrição dos sujeitos no contexto das sociedades têm sido tradicionalmente tratadas sob o olhar epidemiológico quantitativo, evidenciando especialmente a sua tendência evolutiva temporal e a justaposição de riscos na determinação de vulnerabilidades sociobiológicas populacionais (DUARTE *et al.*, 2002).

As justificativas para o comportamento complexo e heterogêneo do perfil nutricional da população no momento histórico nacional têm sido pautadas no processo de “transição epidemiológica” (CASTRO, 1995, p. 41-45; MONTEIRO *et al.*, 2000). Numa visão crítica a essa concepção discute-se que tal conceito abriga um olhar conformista sobre a evolução do perfil patológico numa dada sociedade, não considerando o caráter histórico e social do processo saúde-doença; dirige-se muito mais a uma visão linear, considerando a história da doença como resultado do grau de domínio do homem sobre a natureza, o que influencia tanto a capacidade técnica da ciência médica como a capacidade social de nutrir a população, com efeitos transformadores sobre os tipos de doença de larga escala na população (LAURELL, 1983, p. 143).

Reforça-se, assim, a evidência de que as condições sociais e ambientais de vida figuram como principais determinantes da geração e do transcurso dos processos de saúde-doença. Essa relação é mediada por uma dinâmica de processos intervenientes, que podem ser desvelados e analisados para a compreensão das condições que fazem emergir as enfermidades ou que, ao contrário, são protetoras da saúde, num dado espaço. Assim, a influência da natureza no processo saúde-doença das populações tem sido revalorizada, na perspectiva da Geografia Socioambiental. Longe do sentido de um determinismo ambiental, sua abordagem volta-se à interação da questão saúde com processos de ordem cultural, política e econômico-social, não perdendo de vista que as condições do ambiente natural, assim como as desigualdades e iniquidades sociais, possuem determinações dadas no modelo de desenvolvimento das sociedades (MENDONÇA, 2002, p. 126; MENDONÇA, 2003, p. 218). Destaca-se que os riscos diferenciais a doenças presentes nos espaços onde se vive relacionam-se ao acesso a recursos básicos relativos primordialmente à qualidade de moradia, trabalho, água e alimentação, além de à disponibilidade de diagnóstico e tratamento, condições essas geograficamente diferenciadas (GATRELL, 2002, p. 3). Particularmente quanto a alguns tipos de enfermidades ligadas à nutrição humana, ratifica-se a contradição existente com relação ao marco teórico do processo saúde-doença, uma vez que, ao mesmo tempo em que se aceita a condição de desigualdade social, não se dispõe de informação de saúde sistematizada segundo distintas ordens de agregações humanas (IÑIGUEZ ROJAS, 1998, p. 706).

No modelo de desenvolvimento tecnológico das sociedades urbanas industriais, determinante primordial da sedentarização no modo de vida, há simultaneamente a expansão de uma prática alimentar valoradora dos alimentos energéticos à base de açúcares e gorduras, assim como das fontes protéicas de origem animal, e um crescente consumo de produtos industrialmente processados. A partir dessa contradição, são gerados impactos ao estado nutricional nos diferentes grupos sociais. Assim, as transformações nos hábitos de vida e de consumo alimentar, intensificadas no processo de urbanização das sociedades, têm sido cientificamente associadas à configuração de um ciclo perverso de destruição da qualidade

de vida, com efeitos deletérios ao estado nutricional, num processo de caráter acumulativo nas diferentes fases do ciclo da vida. Nessa dinâmica, manifestam-se problemas nutricionais de grande extensão, tanto de caráter persistente (estados carenciais) como emergente, as chamadas “enfermidades não transmissíveis ligadas à alimentação – ENTAs” (LE BIHAN; DELPUCH; MARIE, 2003, p. 41-43).

A hipertensão arterial figura como um importante fenômeno relacionado à questão alimentar-nutricional urbana, seja por sua magnitude no nível populacional, seja por sua estreita correlação com as condições da massa corporal individual. Além disso, constitui-se num agravamento de interesse à saúde coletiva, por ser reconhecida como o principal fator de risco modificável para doenças do aparelho circulatório. Sua significância epidemiológica no cenário nacional reside no fato de que, desde o início da década de 1960, as complicações advindas da elevação dos níveis de pressão arterial, manifestas na forma de doenças cardiovasculares, têm figurado como as principais causas de óbito da população (SBC, 2004, p. 8), bem como de internações hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde (LIMA-COSTA; PEIXOTO; FIRMO, 2004, p.1).

Apesar de os esforços nacionais para o manejo da hipertensão arterial terem conseguido reduções na mortalidade devida às doenças cerebro-vascular e arterial coronariana, esse declínio ainda é pouco intenso quando comparado ao verificado em outros países. No âmbito geográfico, há diferenciais de tendência de risco de morte por doenças cardiovasculares segundo regiões, com tendência de declínio no Sul e Sudeste, ao mesmo tempo em que se constata uma grande diversidade metodológica nos estudos de prevalência da hipertensão, com variações entre 8 e 33% (LESSA; MENDONÇA; TEIXEIRA, 1996, p. 390; SBC, 2004, p. 8).

Em suma, o tratamento adequado da hipertensão arterial é reconhecido por diversos estudos como estratégia que reduz significativamente a mortalidade e a morbidade cardiovascular. Assim também, o conhecimento da sua distribuição na população e a identificação de grupos vulneráveis são de grande interesse à orientação e focalização de políticas públicas de saúde, no horizonte da qualidade de vida.

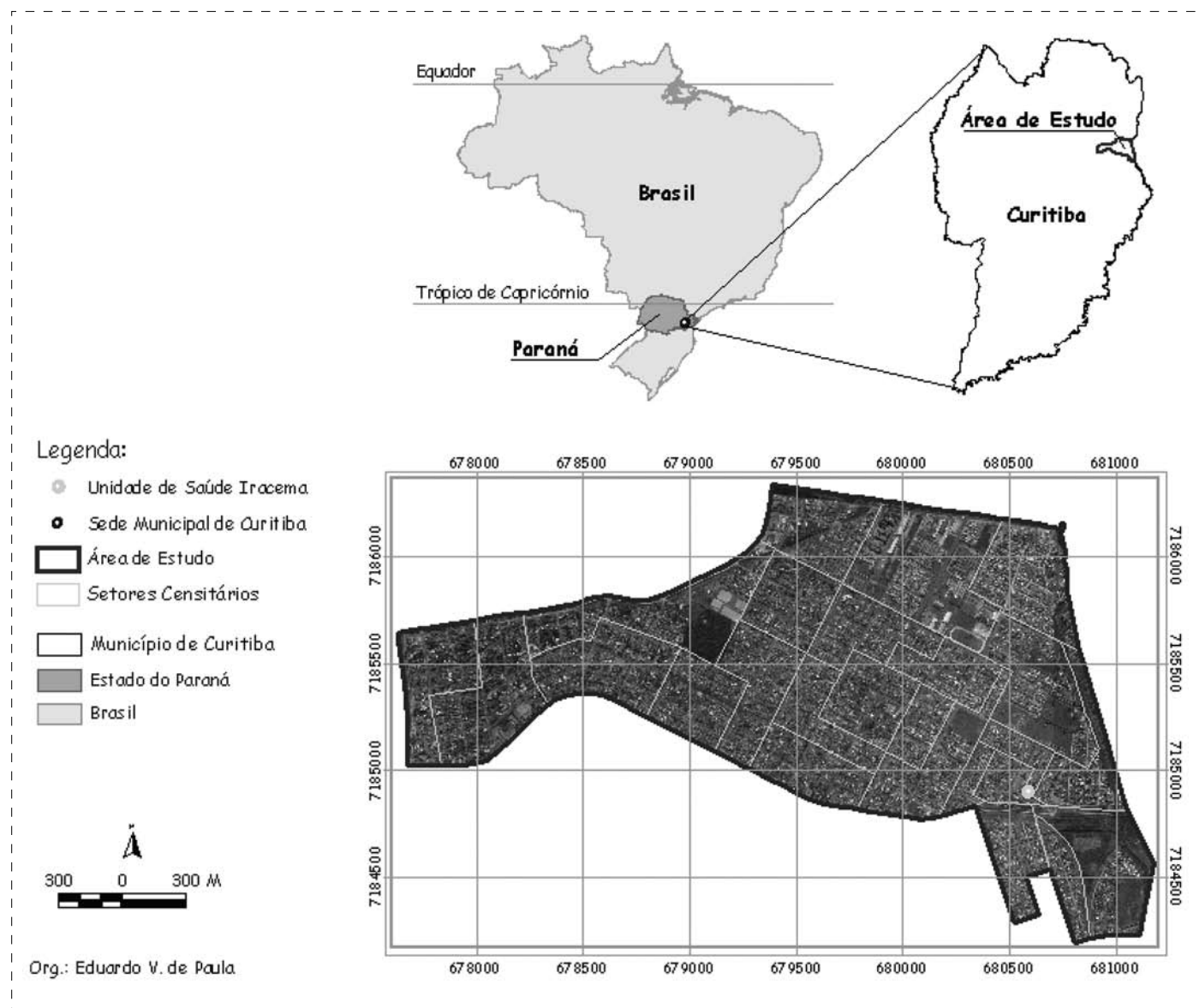
Nesse sentido, o propósito deste estudo foi produzir uma análise socioespacial do perfil nutricional de um grupo de hipertensos residentes em um bairro da zona leste de Curitiba (PR) que recebem assistência programada em saúde no nível da atenção básica, discutindo-se a questão alimentar-nutricional na relação espaço-saúde.

Aspectos metodológicos

Na perspectiva da distribuição diferencial do espaço urbano, a identificação da problemática que envolve a relação hipertensão arterial-estado nutricional partiu da coleta de informações geradas no serviço local de saúde e analisadas a partir de sua distribuição segundo características sociodemográficas dos setores censitários do recorte espacial em estudo. Destacam-se o reconhecimento do caráter histórico-social do processo saúde-doença no nível coletivo e sua articulação com o conjunto dos processos sociais. Nesse sentido, em complementaridade à análise, recorreu-se a sínteses relativas ao processo histórico de produção social do espaço local.

O recorte espacial do estudo envolveu o bairro Capão da Imbuia, área delimitada administrativamente em 1975, segundo normatização dos agentes da gestão pública municipal, com população total de 20.976 habitantes (IBGE, 2000). Enquanto espaço social desenhado segundo a lógica da gestão em saúde, englobava ainda, no período estudado, três setores censitários do bairro vizinho, segmento que representa predominantemente uma área de favelização, com um contingente adicional de população de 2.564 habitantes, adstrito à área de abrangência da unidade básica de saúde local, situada a sudeste do bairro (FIG. 1).

Figura 1 Localização da área de estudo



Fonte: IBGE, 2000; SUDERHSA, 2002.

A partir da variável “posição na ocupação”, disponível no Sistema de Informação em Saúde, vislumbrou-se a possibilidade de obter uma categoria síntese das condições de trabalho que, por sua vez, modulam a acessibilidade ao consumo e, conseqüentemente, a qualidade de vida e as potencialidades de seu deterioramento, no foco da questão nutricional.

Em termos quantitativos, esta abordagem remeteu-se ao universo populacional ($n=1.108$) de assistidos no Programa de Hipertensos da Unidade de Saúde local¹ em janeiro de 2004. Como critérios de inclusão de casos para o ensaio de espacialização foram delimitados: residência nos limites da área de abrangência da Unidade de Saúde do bairro; existência de registro de endereço no cadastro individual; inscrição no Programa de Hipertensos na categoria “ativo”; existência de registro de dados antropométricos (peso e altura) e níveis de pressão arterial na última consulta realizada no ano de 2004. Após aplicação desses critérios, 56,7% ($n=628$) dos casos foram selecionados para a amostra de estudo.

A produção dos indicadores nutricionais – Índice de Massa Corporal² para adultos³ (WHO, 1998) e idosos⁴ (LIPSCHITZ, 1994) –, de morbidade – nível de pressão arterial e estágio de hipertensão arterial⁵ (SBC, 2004) – e socioeconômicos – posição na ocupação, escolaridade, renda, habitação, transporte, sexo e procedência – foi realizada a partir de dados coletados em fonte secundária (Sistema de Informação da Unidade de Saúde local) e processados através dos softwares Excel (Microsoft Office 2003) e Bio Stat⁶. Análises estatísticas da associação entre os fatores sociodemográficos e clínico-nutricionais e a hipertensão arterial foram feitas empregando-se o teste do qui-quadrado, com um nível de significância de 5% ($p<0,05$).

A base cartográfica e de dados utilizada para o processo de espacialização foi a do IBGE (2000), tanto no que diz respeito aos setores censitários da área de estudo, como às informações demográficas e socioeconômicas locais. Os casos de hipertensão arterial foram georreferenciados a partir dos respectivos endereços domiciliares, sendo utilizado para a espacialização dessa informação o software ARCVIEW GIS 3.3.

Resultados e discussões

O estudo foi conduzido sob o foco da análise geográfica, na perspectiva da relação espaço-saúde, considerando-se a hipertensão arterial como um fenômeno do processo saúde-doença em sua sinergia com a questão alimentar-nutricional. Sob esse foco, o espaço é entendido a partir de uma produção histórico-social dada pela transformação da natureza mediante a ação humana e em cuja dinâmica processual podem-se gerar impactos deletérios à saúde dos diferentes grupos sociais em um dado lugar.

A partir de uma sistematização precedente (RIBAS, 2005, p. 47-122), foi possível evidenciar e sintetizar transformações na produção social do espaço estudado, caracterizadas pelos seguintes processos: 1) a ocupação inicial da área de estudo dada em sua porção centro-oeste, predominantemente a partir de ferroviários e de colonos imigrantes europeus dedicados à olericultura e à produção de leite em pequenas chácaras (período até a década de 1960); 2) o adensamento populacional e a expansão da ocupação territorial a partir da combinação de dois processos principais: vinda de migrantes rurais predominantemente do norte do estado, numa conjuntura de precarização da condição de vida no campo associada

¹ A solicitação de acesso ao banco de dados da Unidade de Saúde local foi avaliada pelo Centro de Estudos em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (Protocolo 30/2004). O projeto de pesquisa obteve aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, sob o registro nº 345/2004.

² Índice de Massa Corporal (IMC) = Peso (kg)/Altura (m²).

³ Segundo WHO (1998), como classificação geral do estado nutricional de adultos a partir do Índice de Massa Corporal tem-se: IMC < 18,5 kg/m² = baixo peso; IMC $\geq$ 18,5 e < 25 kg/m² = eutrófico; IMC $\geq$ 25 e < 30 kg/m² = sobrepeso; e IMC $\geq$ 30 kg/m² = obesidade. Como qualificação dos graus de obesidade tem-se: IMC > 25 e < 30 = pré-obesidade e risco aumentado para comorbidades; IMC $\geq$ 30 e < 35 kg/m² = obesidade grau I e risco moderado para comorbidades; IMC $\geq$ 35 e < 40 kg/m² = obesidade grau II e risco grave para comorbidades; IMC $\geq$ 40 kg/m² = obesidade grau III e risco muito grave para comorbidades.

⁴ Para a classificação do estado nutricional de idosos a partir do Índice de Massa Corporal tem-se: IMC $\leq$ 22 kg/m² = baixo peso; IMC > 22 e < 27 kg/m² = eutrófico; IMC $\geq$ 27 kg/m² = sobrepeso.

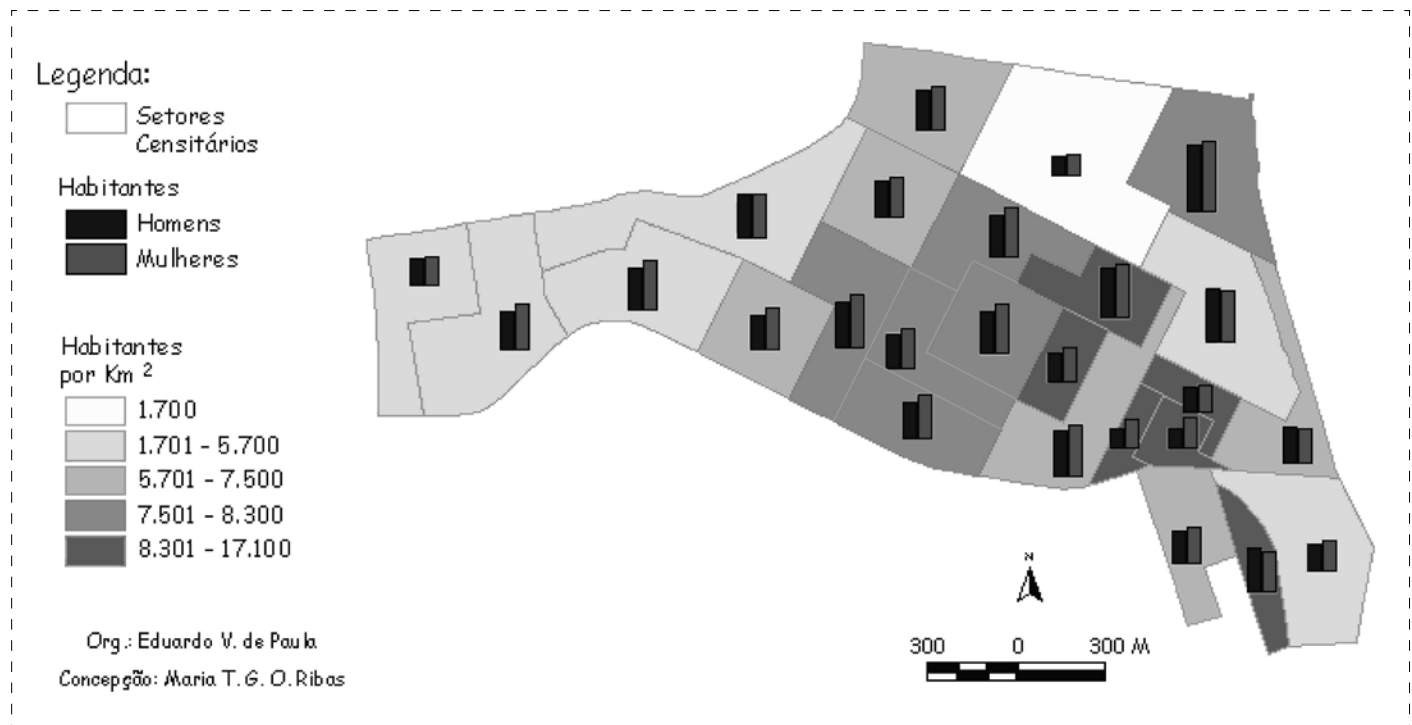
⁵ Valores de referência para estágios de hipertensão arterial: Estágio 1 (leve) = PA 140-159/90-99 mmHg; Estágio 2 (moderada) = PA 160-179/100-109 mmHg; Estágio 3 (grave) = PA $\geq$ 180/ $\geq$ 110 mmHg.

⁶ AYRES, M. et al. *Biostat* 2.0: aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológica e médica. Brasília: MCT/CNPq, 2000.

à mecanização do trabalho e à substituição da mão-de-obra; e instalação de conjuntos habitacionais, a partir do início da política de habitação como estratégia da gestão urbana (período entre as décadas de 1970 e 80); 3) a ocupação da faixa extremo leste, na divisa com o município de Pinhais, em área ainda em disputa judicial pela regulamentação de posse, inicialmente num processo de favelização e atualmente com melhorias de infra-estrutura urbana; 4) o fenômeno conhecido localmente como “febre dos sobrados”, que representa, a partir de migrações internas recentes, predominantemente da classe média, uma busca por residência em espaços menos verticalizados, com acessibilidade econômica à propriedade de moradia e proximidade ao centro da cidade (a partir da década de 1990).

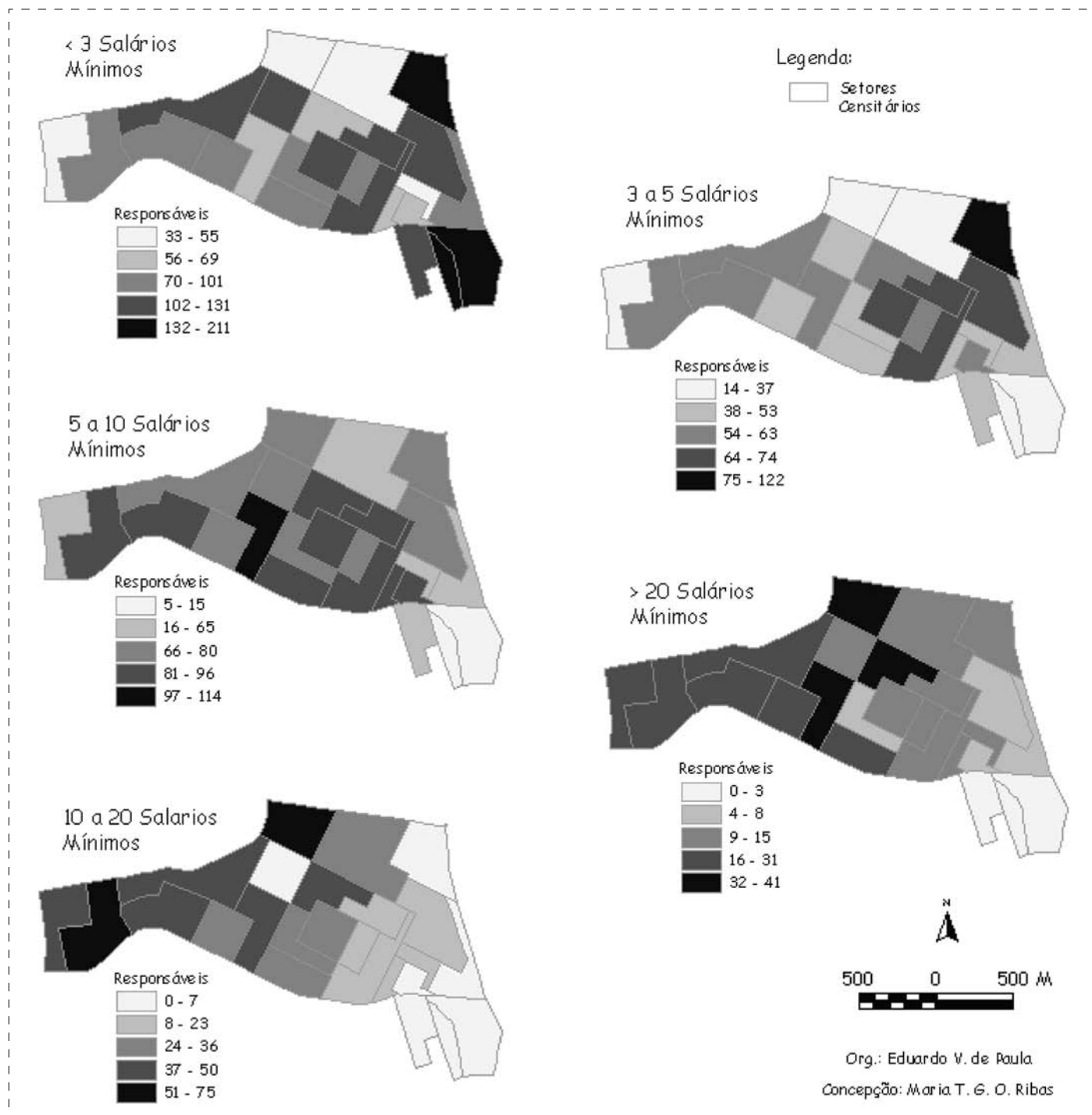
A distribuição populacional local segundo setores censitários demonstrou um maior adensamento na região leste da área de estudo (densidades demográficas entre 8 e 17 mil hab/km²), correspondente a uma concentração entre 2 e 5 vezes maior que a média registrada na cidade (ORBISMIC, 2005, p. 4) (FIG. 2). A localização das famílias segundo condição socioeconômica sintetiza espacialmente o desfecho histórico da produção social do lugar no processo de urbanização da cidade, conforme anteriormente descrito. Fica evidenciada a desigualdade socioespacial, que se visualiza pela concentração de baixa escolaridade (responsáveis por domicílio na condição de analfabetos ou com primeiro grau incompleto) e baixa renda familiar (< 3 salários mínimos) na faixa leste da área de estudo (FIG. 3 e 4).

Figura 2 Distribuição da população da área de estudo, segundo sexo e setores censitários



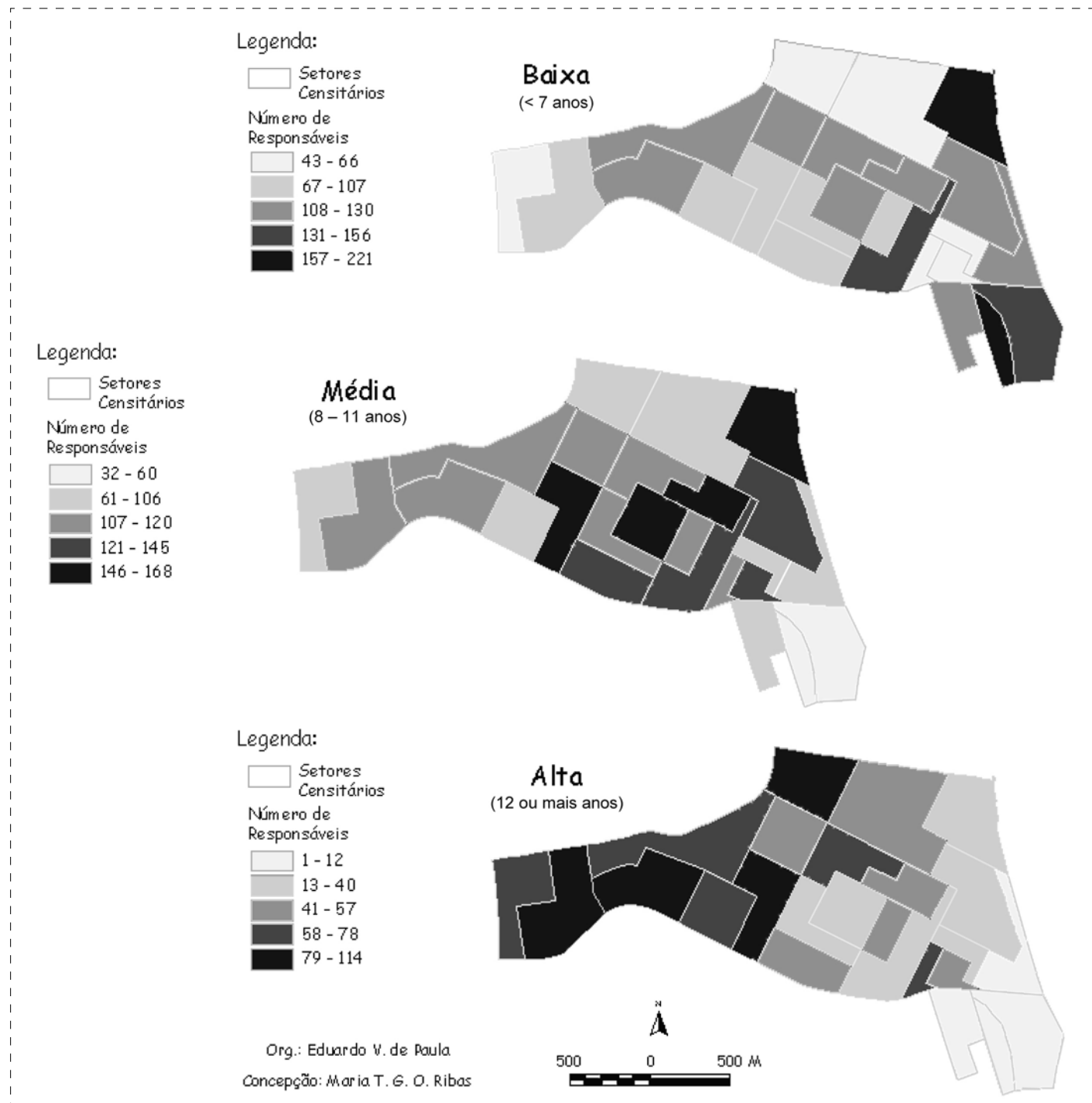
Fonte: IBGE, 2000.

Figura 3 Espacialização das faixas de renda na área de estudo, segundo número de responsáveis domiciliares por setor censitário



Fonte: IBGE, 2000.

Figura 4 Espacialização dos graus de escolaridade na área de estudo, segundo número de responsáveis domiciliares por setor censitário



Fonte: IBGE, 2000.

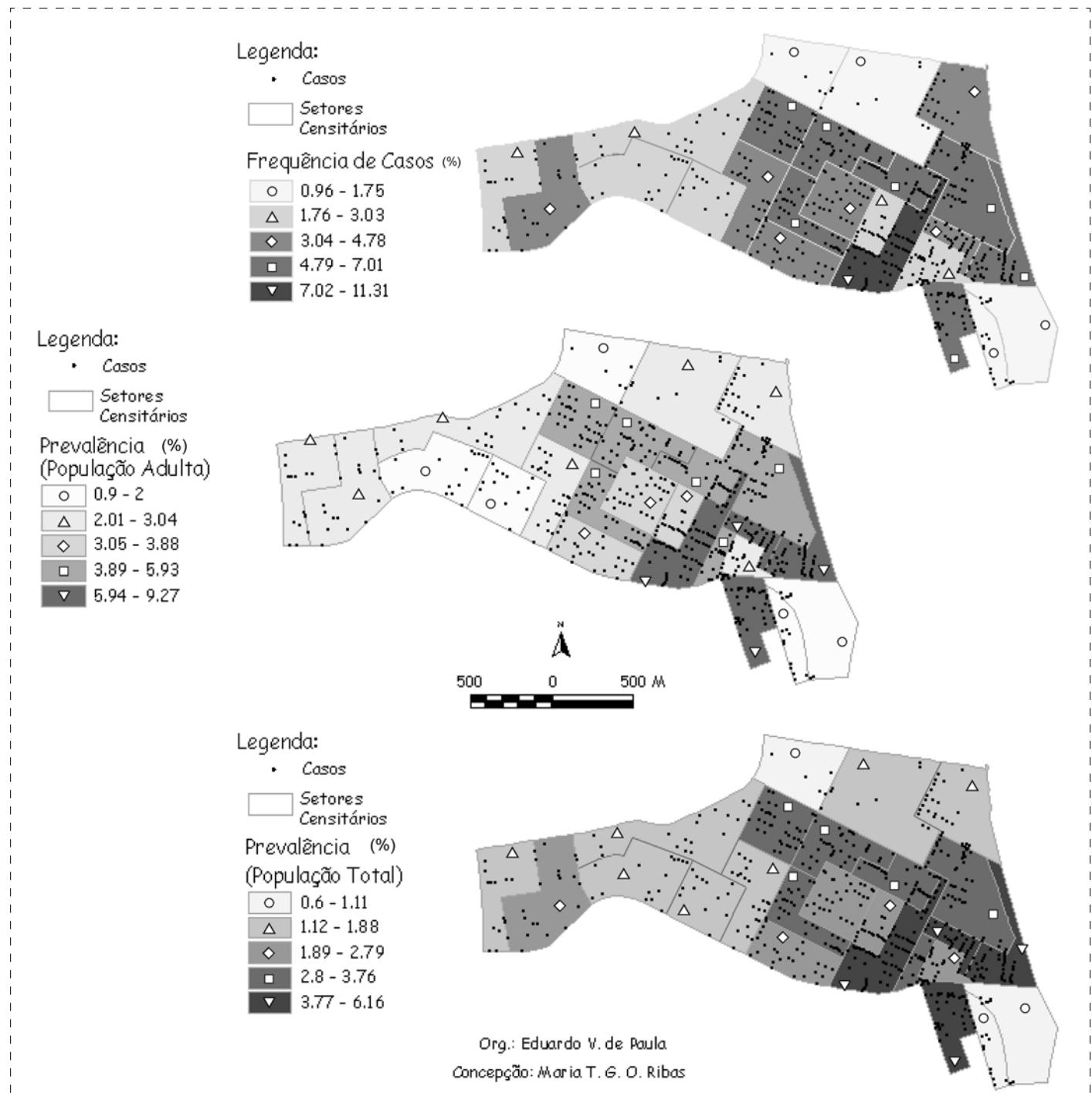
Na perspectiva da análise espacial, foi produzido o levantamento descritivo das características sociodemográficas e dos aspectos nutricionais dos hipertensos em estudo. Obteve-se que, dos 1.108 usuários registrados no programa em janeiro de 2004, 628 (56,68%) enquadraram-se nos critérios estipulados de seleção de casos, estando classificados como usuários “ativos” e, portanto, recebendo assistência clínica e medicamentosa. Quanto ao perfil sociodemográfico, destaca-se a predominância de hipertensos do sexo feminino (64,97%), com baixa escolaridade (64,02% possuem menos de 3 anos de estudo ou são analfabetos), renda inferior a 2 salários mínimos (38,53%) e idade média equivalente a 60,76 anos (TAB. 1). Observou-se uma tendência de concentração de casos de hipertensão na porção sudeste da área de estudo (FIG. 5), onde também se localizam os setores censitários com maior densidade populacional na faixa etária de predomínio da hipertensão (20 a 59 anos). Sob outro aspecto, é preciso considerar que essa parcela da área estudada também tem como referência a Unidade de Saúde local. Desse modo, como a população analisada se remete a portadores de hipertensão arterial em acompanhamento terapêutico no nível da atenção básica em saúde, tal comportamento pode estar refletindo mais concretamente a dimensão da acessibilidade ao serviço de saúde do que fatores relativos à distribuição da doença.

Tabela 1 Hipertensos estudados, segundo características sociodemográficas
Unidade de Saúde Iracema, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), 2004

Características	n	%
Sexo		
Masculino	220	35,03
Feminino	408	64,97
Faixas etárias		
20-29 anos	3	0,48
30-39 anos	21	3,34
40-49 anos	88	14,01
50-59 anos	180	28,66
60-69 anos	181	28,82
70-79 anos	124	19,75
≥ 80 anos	31	4,94
Escolaridade		
Nenhuma	65	10,36
1 a 3 anos	337	53,66
4 a 7 anos	126	20,06
≥ 8 anos	73	11,62
Sem registro	27	4,30
Renda (Salário mínimo vigente = R\$260,00)		
< 2 salários mínimos	242	38,53
≥ 2 e < 5 salários mínimos	147	23,41
≥ 5 salários mínimos	42	6,69
Sem registro	197	31,37
Total	628	100,0

Fonte: Sistema de Informações da Unidade de Saúde Iracema, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), 2004.

Figura 5 Freqüência dos casos de hipertensão e prevalência nas populações adulta e total da área de estudo, segundo setores censitários



Fonte: IBGE, 2000; Sistema de Informações da Unidade de Saúde Iracema, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), 2004.

A partir da TAB. 2, evidencia-se a predominância de casos no Estágio II (moderado) de hipertensão arterial e que 33,12% (n=208) situaram-se em faixas de IMC superiores a 30 kg/m², o que contribui como risco moderado para a instalação de comorbidades. Considerando o nível de significância de 5% (p<0,05), não foi possível constatar associação estatisticamente significativa entre as variáveis estágio da hipertensão arterial, classificação do IMC, estado nutricional e sexo.

Tabela 2 Perfil clínico-nutricional dos hipertensos estudados, segundo sexo
Unidade de Saúde Iracema, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), 2004

Características	Masculino		Feminino		Total		Qui-quadrado	p-valor
	n	%	n	%	n	%		
Estágios de Hipertensão Arterial								
I (Leve)	54	8,60	118	18,79	172	27,39	1,927	0,38
II (Moderado)	138	21,97	233	37,10	371	59,07		
III (Grave)	28	4,46	57	9,08	85	13,54		
Índice de Massa Corporal (IMC)								
< 30 kg/m ²	154	24,52	266	42,36	420	66,88	5,259	0,15
30-39 kg/m ²	62	9,87	122	19,43	184	29,30		
40-49 kg/m ²	3	0,48	19	3,02	22	3,50		
≥ 50 kg/m ²	1	0,16	1	0,16	2	0,32		
Diagnóstico nutricional								
Baixo peso	14	2,23	16	2,55	30	4,78	4,308	0,23
Eutrofia	61	9,71	120	19,11	181	28,82		
Sobrepeso	115	18,31	197	31,37	312	49,68		
Obesidade	30	4,78	75	11,94	105	16,72		
Total	220	35,03	408	64,97	628	100,00		

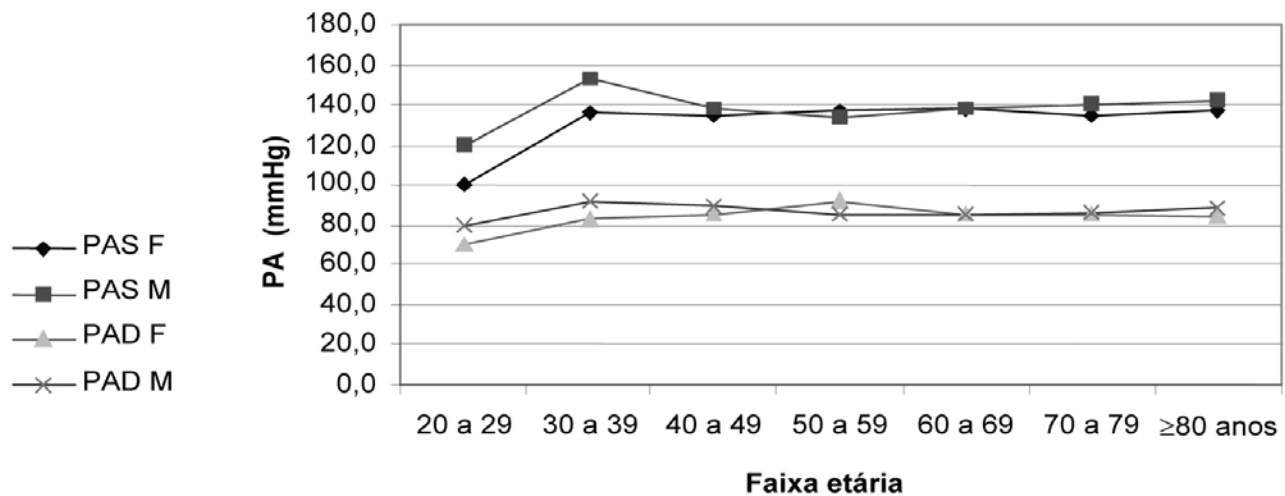
Fonte: Sistema de Informações da Unidade de Saúde Iracema, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), 2004.

Os valores médios dos níveis tensionais dos hipertensos situaram-se dentro da normalidade em ambos os sexos (131/83 mmHg para o sexo feminino e 138/87 mmHg para o masculino), apresentando patamares inferiores para o gênero feminino e com pico de PAD mais precoce no masculino (terceira década nos homens e quinta década nas mulheres) (GRAF. 1). O gênero feminino sugeriu maior adequação da pressão sistólica sob tratamento clínico e medicamentoso, apresentando valores compatíveis com normotensão em todos os grupos etários, mesmo em face da tendência crescente dos níveis pressóricos proporcional à elevação da idade. Esse comportamento apresenta-se em consenso com estudos norte-americanos de caráter populacional e baseados em comunidades^{7,8}, os quais revelaram que mulheres hipertensas brancas apresentam melhor controle e maiores índices de alcance de metas com relação aos níveis desejáveis da pressão arterial (SPRITZER, 1996, p. 206-208).

⁷ National Health and Nutrition Examination Survey II (NHANES II), EUA, 1976-1980.

⁸ Hypertension Detection and Follow-up Program (HDFP), EUA, 1977-1987.

Gráfico 1 Médias dos níveis de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) dos hipertensos estudados, segundo sexo (F= feminino; M= masculino) e faixa etária



Fonte: Sistema de Informações da Unidade de Saúde Iracema, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), 2004.

A partir dessas constatações, discute-se que questões relativas à motivação pessoal para a obtenção de cuidados médicos se relacionam, entre outros aspectos, à cultura de acesso aos serviços de saúde construída nas sociedades e que, em termos da frequência de atendimento, historicamente tem privilegiado o gênero feminino na realidade nacional. Destaca-se, portanto, que tanto a acessibilidade ao atendimento como a sua qualidade são contextos que devem ser considerados em termos de sua influência nas estimativas de prevalência da hipertensão arterial em grupos socioeconômicos diversos.

Quanto à espacialização dos casos, houve predomínio do controle da PA em níveis limítrofes entre a normalidade e o estágio leve, tendo sido evidenciadas ilhas onde os valores médios da pressão arterial segundo setores censitários foram compatíveis com o estágio grave da doença. Nesse caso, encontraram-se como principais fatores clínicos e sociodemográficos associados: concentração populacional entre 7 a 8 mil hab/km², predomínio do sexo feminino e de sobrepeso corporal, numa área de concentração de renda superior a 20 salários mínimos e alta escolaridade (nível superior). Esse conjunto de elementos informa sobre fatores biológicos de risco, mas também revela um perfil socioeconômico que tende à menor frequência ao serviço público de saúde, o que pode estar associado ao diferencial local de achados sobre o padrão de controle da pressão arterial (FIG. 6).

Figura 6 Distribuição espacial da média da Pressão Arterial (PA) e do Índice de Massa Corporal (IMC) dos hipertensos estudados, segundo diagnósticos e setores censitários



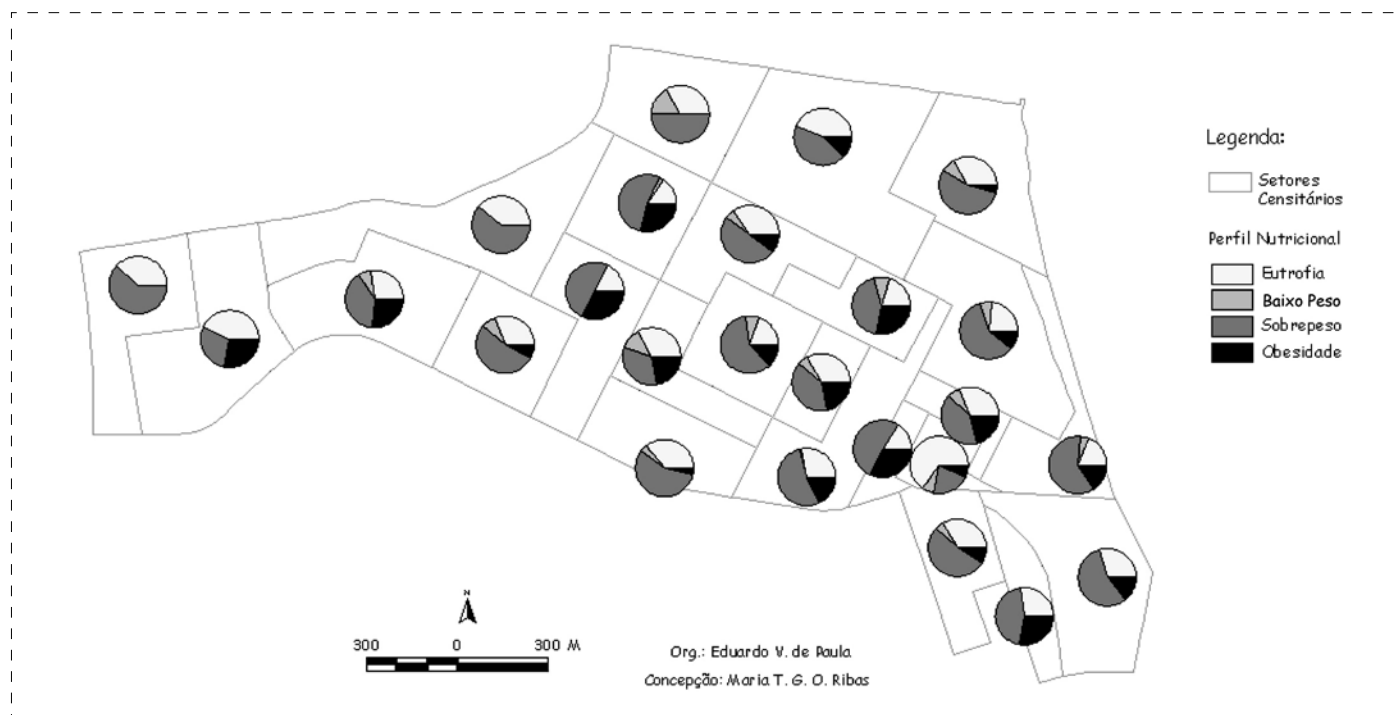
Fonte: IBGE, 2000; Sistema de Informações da Unidade de Saúde Iracema, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), 2004.

Recente inquérito nacional produzido no meio urbano e envolvendo aspectos relativos à hipertensão arterial constatou que, na amostragem populacional de Curitiba, em torno de 90% dos sujeitos com 25 ou mais anos de idade haviam tido acesso à medição da pressão arterial nos 24 meses anteriores à pesquisa. Esse percentual chegou a 97,1% na faixa etária dos 60 anos, representando a maior cobertura, juntamente com Campo Grande (MS), dentre as 15 capitais brasileiras estudadas (BRASIL, 2003, p. 135), um contexto local que contribui para os resultados positivos no manejo da hipertensão arterial encontrados.

No âmbito da relação entre hipertensão arterial e nutrição humana, é reconhecida a associação entre a elevação dos níveis pressóricos arteriais e o aumento do peso corporal. Em estudo nacional sobre prevalência e fatores de risco relacionados à hipertensão realizado em área urbana, a obesidade figurou, juntamente com a idade avançada e a baixa escolaridade, dentre os fatores persistentes e significativamente associados à ocorrência da doença (PICCINI; VICTORA, 1994, p. 265). Há consenso de que o excesso de peso em relação à altura é um dos principais fatores de risco à hipertensão arterial (LOLIO *et al.*, 1993, p. 360; SPRITZER, 1996, p. 199; WILLET, 2002, p. 39), sendo que essa condição nutricional aumenta de duas a seis vezes o risco de hipertensão, o que recomenda a manutenção do IMC em níveis de normalidade como estratégia preventiva e de controle da elevação da pressão arterial (SBC, 2004, p. 10). Sedentarismo, fatores relativos à qualidade alimentar, excesso de peso e hipertensão representam um conjunto de condições consideradas como principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em adultos urbanos (MONTEIRO *et al.*, 2005).

Pelos achados do estudo, no grupo entre 40 e 59 anos ($n=268$) os valores da massa corporal foram superiores no gênero feminino e, em média, situaram-se no entorno do parâmetro demarcador da obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Considerando-se a significativa presença de idosos (53,5%) no estudo (TAB. 1), o que requer um diagnóstico com parâmetros diferenciais de IMC, a obesidade teve uma prevalência de 16,72% (TAB. 2) entre os hipertensos estudados. Entretanto, ao avaliar-se apenas o comportamento do IMC, obteve-se que 33,1% dos hipertensos apresentaram valores superiores a 30 kg/m^2 . A distribuição dos valores médios de IMC dos hipertensos não demonstrou diferencial de espacialidade segundo setores censitários (FIG. 6). Entretanto, o perfil nutricional dos hipertensos revelou que o conjunto sobrepeso-obesidade tendeu a ser mais amplo nos setores mais populosos e pobres (FIG. 3, 4 e 7), o que remete a hipertensão à discussão da insegurança alimentar relacionada à questão da relação entre consumo alimentar, sedentarismo e confinamento espacial urbano. Percebeu-se um comportamento quase diretamente proporcional na espacialização dos graus de obesidade em relação aos estágios da hipertensão arterial (FIG. 8 e 9). As áreas de maior concentração da hipertensão em estágio grave polarizaram-se entre setores de altas e baixas renda e escolaridade, suscitando uma análise mais aprofundada sobre diferenciais de modo de vida, acesso à informação e estresse, segundo o espaço vivido.

Figura 7 Espacialização do perfil nutricional dos hipertensos, segundo setores censitários da área de estudo

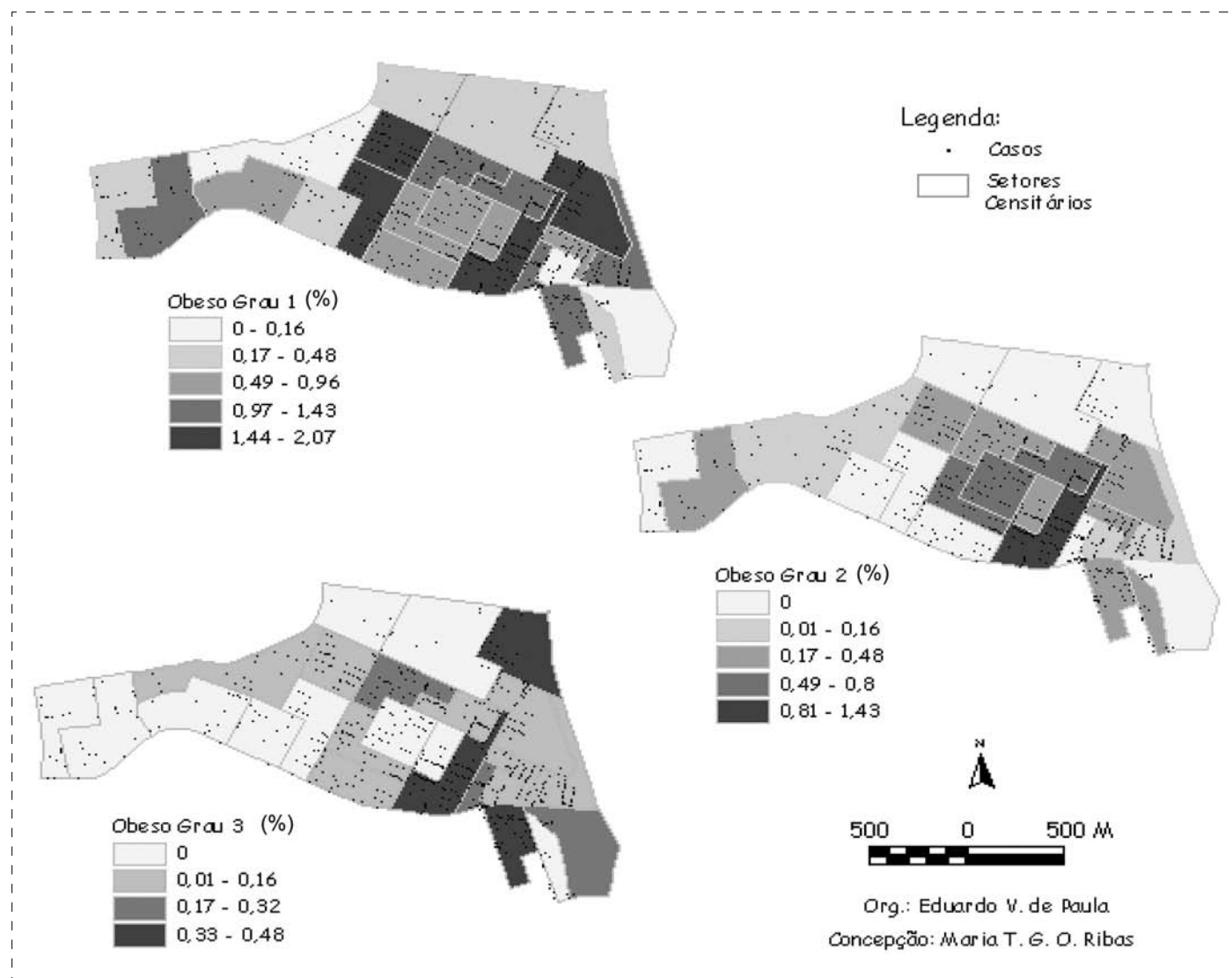


Fonte: IBGE, 2000; Sistema de Informações da Unidade de Saúde Iracema, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), 2004.

Nos últimos anos, tem-se verificado que a tendência da associação entre doença coronariana e elevado status socioeconômico se reverteu, sendo esse atualmente o segmento que apresenta menores índices de mortalidade. Nessa relação, as análises explicativas perpassam questões como o estresse psicossocial, diferenças alimentares e de atividade física, situação da massa corporal, bem como diferenciais de acessibilidade e de adesão aos cuidados de saúde (SPRITZER, 1996, p. 201).

A TAB. 3 sintetiza um perfil dos hipertensos participantes do estudo a partir do referencial de condição social. Nesse sentido, a categoria “posição na ocupação” foi eleita como marcador da inserção dos sujeitos no âmbito das relações de trabalho, para um refinamento descritivo de aspectos referentes ao modo de vida e suas articulações ao processo saúde-doença. Obteve-se que 65% dos hipertensos pertenciam às categorias “aposentado” e “sem ocupação”. Nessa última categoria, cuja maioria era composta por “donas-de-casa” (91,3%, n=178), encontrou-se a maior proporção de casos de obesidade (31%), o que subsidia os achados de altos valores do IMC médio feminino no grupo etário entre 40 e 59 anos de idade. Destaca-se, quanto à posição na família, que 57,0% (n=207) dos chefes de família eram mulheres. Constatou-se associação estatisticamente significativa entre as variáveis estágio da hipertensão arterial, estado nutricional, sexo, posição na família e posição na ocupação ($p < 0,05$). Quanto ao perfil predominante em termos sociodemográficos, os

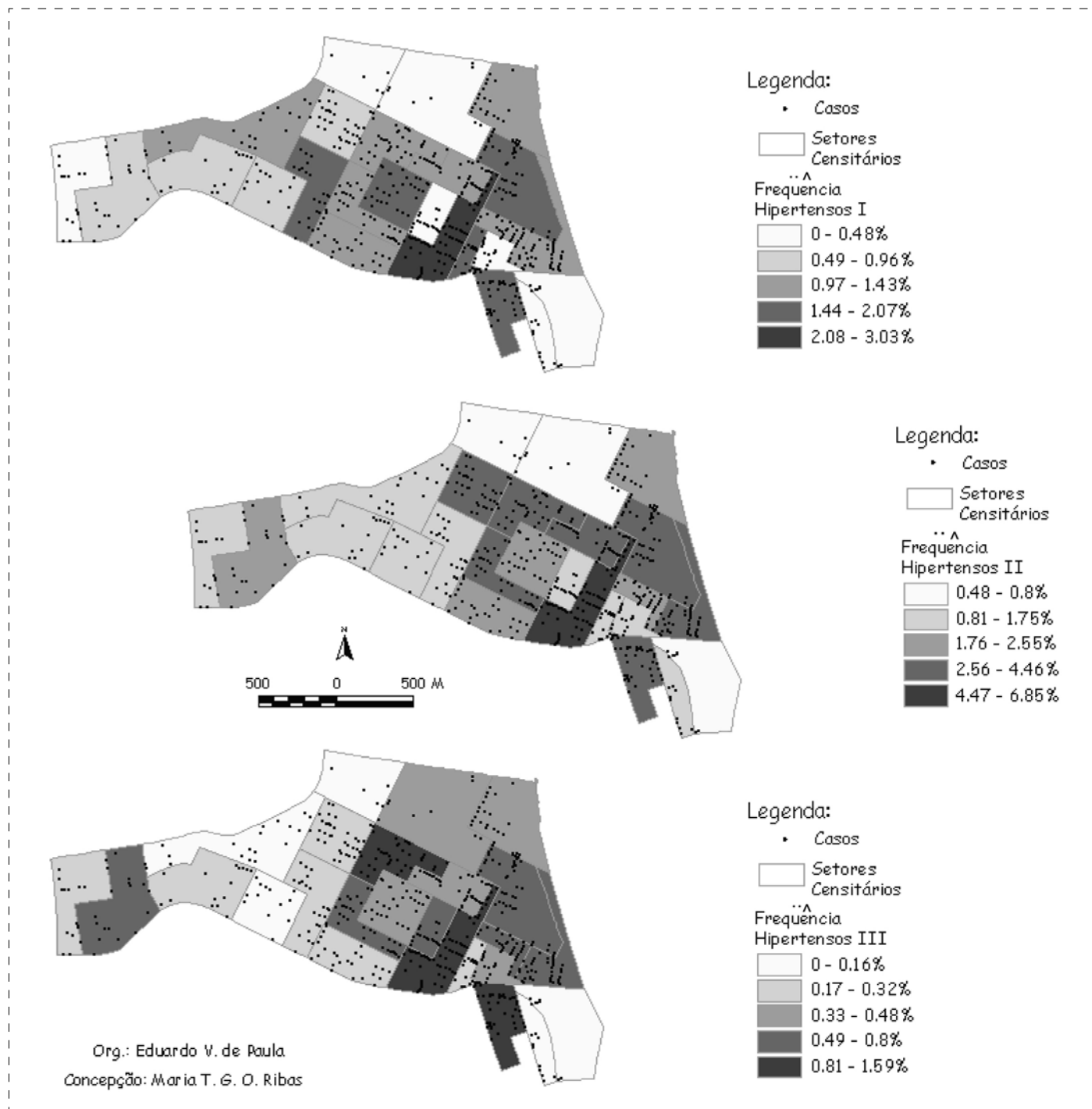
Figura 8 Distribuição espacial da frequência (%) dos graus de obesidade nos hipertensos estudados, segundo setores censitários



Fonte: IBGE, 2000; Sistema de Informações da Unidade de Saúde Iracema, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), 2004.

hipertensos caracterizaram-se por baixa escolaridade, categoria que correspondeu aos sujeitos com primeiro grau incompleto e analfabetos; residência em habitação de alvenaria, com destaque para 16,4% que viviam em habitações construídas a partir de material aproveitado; e uso de veículos coletivos como principal meio de transporte. Dos 628 participantes do estudo, 57,8% posicionavam-se como chefes de família, e cerca de 80% tinham procedência a partir do interior do Paraná ou de outros Estados, processo predominante que caracterizou a ocupação territorial da área de estudo.

Figura 9 Distribuição espacial da frequência dos hipertensos estudados, segundo estágios da hipertensão arterial e setores censitários



Fonte: IBGE, 2000; Sistema de Informações da Unidade de Saúde Iracema, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), 2004.

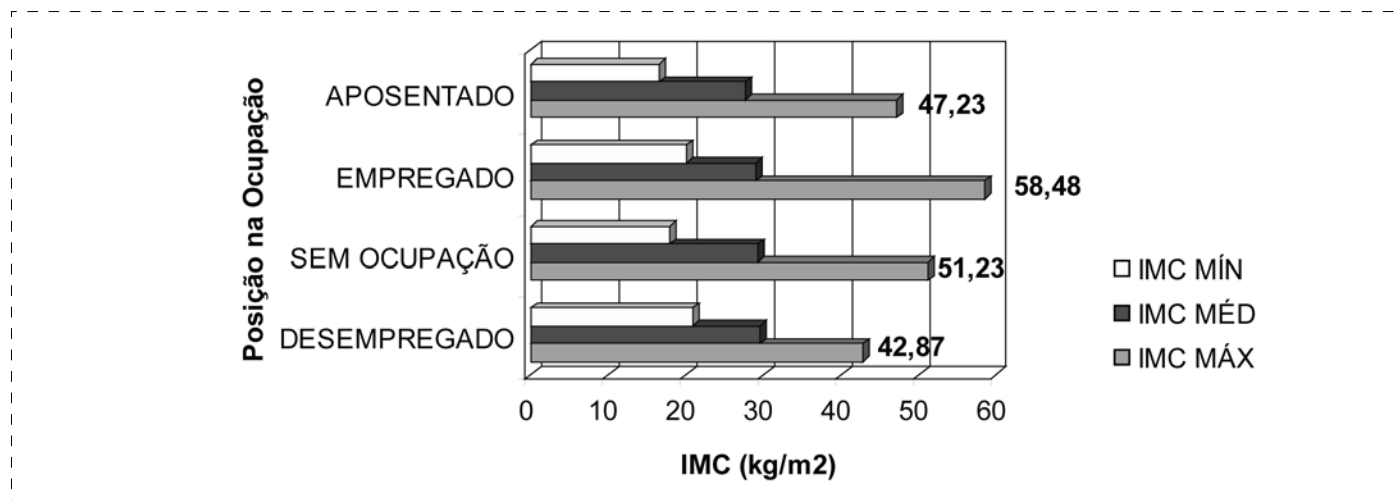
Tabela 3 Perfil clínico e socioeconômico dos hipertensos estudados, segundo posição na ocupação
Unidade de Saúde Iracema, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), 2004

Características	Aposentado ¹	Desempregado	Empregado ²	Sem ocupação ³	Sem informação	Total (%)	Qui-quadrado	p
Estágio HA								
I (Leve)	54 (8,6%)	4 (0,6%)	62 (9,9%)	49 (7,8%)	3 (0,5%)	27,4	19,081	0,004
II (Moderado)	143 (22,8%)	12 (1,9%)	103 (16,4%)	109 (17,4%)	4 (0,6%)	59,1		
III (Grave)	22 (3,5%)	7 (1,1%)	19 (3,0%)	37 (5,9%)	0 –	13,5		
Total	219 (34,9%)	23 (3,7%)	184 (29,3%)	195 (31,0%)	7 (1,1%)	100,0		
Estado nutricional								
Baixo peso	14 (2,2%)	0 –	3 (0,5%)	12 (1,9%)	1 (0,2%)	4,8	145,881	0,000
Eutrofia	69 (11,0%)	6 (1,0%)	50 (8,0%)	53 (8,4%)	3 (0,5%)	28,8		
Sobrepeso	106 (16,9%)	13 (2,1%)	98 (15,6%)	93 (14,8%)	2 (0,3%)	49,7		
Obesidade	30 (4,8%)	4 (0,6%)	33 (5,2%)	195 (31,0%)	7 (1,1%)	16,7		
Escolaridade								
Baixa4	145 (23,1%)	13 (2,1%)	105 (16,7%)	136 (21,7%)	3 (0,5%)	64,0	7,906	0,245
Média5	61 (9,7%)	9 (1,4%)	61 (9,7%)	47 (7,5%)	0 –	28,4		
Alta6	6 (1,0%)	0 –	8 (1,3%)	7 (1,1%)	0 –	3,3		
Sem registro	7 (1,1%)	1 (0,2%)	10 (1,6%)	5 (0,8%)	4 (0,6%)	4,3		
Tipo de habitação								
Alvenaria	167 (26,6%)	15 (2,4%)	150 (23,9%)	144 (22,9%)	4 (0,6%)	76,5	9,539	0,389
Madeira	2 (0,3%)	0 –	0 –	2 (0,3%)	0 –	0,6		
Material aproveitado	34 (5,4%)	7 (1,1%)	24 (3,8%)	38 (6,0%)	0 –	16,4		
Outros	15 (2,4%)	1 (0,2%)	9 (1,4%)	9 (1,4%)	0 –	5,4		
Sem registro	1 (0,2%)	0 –	1 (0,2%)	2 (0,3%)	3 (0,5%)	1,1		
Saneamento								
Sistema de esgoto	210 (33,4%)	23 (3,7%)	172 (27,4%)	185 (29,5%)	4 (0,6%)	94,6	5,801	0,759
Fossa	6 (1,0%)	0 –	8 (1,3%)	7 (1,1%)	0 –	3,3		
Céu aberto	1 (0,2%)	0 –	3 (0,5%)	1 (0,2%)	0 –	0,8		
Outro	1 (0,2%)	0 –	0 –	0 –	0 –	0,2		
Sem registro	1 (0,2%)	0 –	1 (0,2%)	2 (0,3%)	3 (0,5%)	1,1		
Transporte								
Coletivo	159 (25,3%)	18 (2,9%)	120 (19,1%)	136 (21,7%)	3 (0,5%)	69,5	5,509	0,480
Particular	11 (1,7%)	2 (0,3%)	18 (2,9%)	15 (2,4%)	0 –	7,3		
Misto	48 (7,6%)	3 (0,5%)	45 (7,2%)	42 (6,7%)	1 (0,2%)	22,1		
Sem registro	1 (0,2%)	0 –	1 (0,2%)	2 (0,3%)	3 (0,5%)	1,1		
Sexo								
Masculino	107 (17,0%)	16 (2,5%)	75 (11,9%)	20 (3,2%)	2 (0,3%)	35,0	53,307	0,000
Feminino	111 (17,7%)	7 (1,1%)	109 (17,4%)	176 (28,0%)	5 (0,8%)	65,0		
Posição na família								
Chefe	165 (26,3%)	17 (2,7%)	100 (15,9%)	81 (12,9%)	0 –	57,8	3,334	0,770
Cônjuge	27 (4,3%)	5 (0,8%)	59 (9,4%)	73 (11,6%)	3 (0,5%)	26,6		
Outro	26 (4,1%)	1 (0,2%)	22 (3,5%)	33 (5,2%)	0 –	13,1		
Sem registro	1 (0,2%)	0 –	3 (0,5%)	6 (1,0%)	6 (1,0%)	2,5		
Procedência								
Curitiba (PR)	46 (7,3%)	5 (0,8%)	30 (4,8%)	42 (6,7%)	1 (0,2%)	19,7	3,334	0,770
Interior do Paraná	103 (16,4%)	12 (1,9%)	99 (15,8%)	100 (15,9%)	1 (0,2%)	50,2		
Outro Estado	69 (11,0%)	6 (1,0%)	54 (8,6%)	53 (8,4%)	0 –	29,0		
Sem registro	0 –	0 –	0 –	0 –	7 (1,1%)	1,1		
Total						100,0		

Aposentado¹: compreende as categorias "Aposentado" e "Vive de renda"; **Empregado**²: compreende as categorias "Empregado" e "Conta própria/Autônomo"; **Sem ocupação**³: compreende as categorias "Sem ocupação", "Dona-de-casa" e "Estudante"; **Escolaridade baixa**⁴: compreende "Analfabeto", "Alfabetizado" e "1º grau incompleto"; **Escolaridade média**⁵: compreende "1º grau completo" a "2º grau completo"; **Escolaridade alta**⁶: compreende "Superior incompleto" a "Mestrado". Todas as categorias foram nominadas conforme designação na fonte.

Fonte: Sistema de Informações da Unidade de Saúde Iracema, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), 2004.

Gráfico 2 Valores mínimo, médio e máximo de IMC dos hipertensos estudados, segundo posição na ocupação



Fonte: Sistema de Informações da Unidade de Saúde Iracema, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), 2004.

Estudos epidemiológicos em áreas geográficas caracterizadas por privação socioeconômica e outros índices sociais de estresse têm relatado associação inversa entre as condições socioeconômicas e os níveis de pressão arterial. Há também achados sobre relação inversamente proporcional entre nível educacional e médias de pressão arterial diastólica e entre o gênero feminino, quando se comparam grupos com escolaridade superior a 13 anos e inferior a 9 anos de estudo (SPRITZER, 1996, p. 201-207).

Clinicamente, os níveis médios de pressão sistólica e diastólica encontraram-se dentro dos parâmetros de normotensão em todos os grupos sociais. Entretanto, houve variação quanto aos índices de massa corporal segundo posição dos participantes na ocupação. Os valores médios do IMC situaram-se próximos a 29 kg/m², sendo ligeiramente menores (27 kg/m²) no grupo dos aposentados. Nesse segmento e no dos sem ocupação, foram encontrados valores mínimos de IMC compatíveis com um diagnóstico de baixo peso (16,65 kg/m² entre os aposentados e 17,85 kg/m² entre aqueles sem ocupação). O excessivo baixo peso tem correlação com idade avançada e também se associa ao aumento do risco de morte prematura, especialmente em níveis de IMC inferiores a 17 kg/m². Essa condição normalmente se associa ao tabagismo, ao sedentarismo e a alguns tipos de doença, dentre as quais se destacam as cardíacas (WILLET, 2002, p. 42-43), representando possibilidade de justaposição de riscos no grupo estudado. Os valores máximos de IMC encontrados na classe dos empregados e na dos sem ocupação superaram os 50 kg/m², atingindo mais que o dobro do limite saudável de distribuição da massa corporal e representando um risco gravíssimo de morbimortalidade, especialmente no curso simultâneo da hipertensão arterial (GRAF. 2). Salienta-se que, no campo da segurança nutricional, a circunferência da cintura e o ganho de peso no decorrer das décadas de vida também são importantes componentes de leitura de um diagnóstico nutricional completo. Na

perspectiva da vigilância epidemiológica, essas medidas apresentam associação com o risco aumentado de morbimortalidade devida a doenças cardiocirculatórias, diabetes e certos tipos de neoplasias, bem como com o desenvolvimento da hipercolesterolemia e da hipertensão arterial.

Com o panorama descrito, demonstrando a relação hipertensão-estado nutricional, remete-se à escala local a mundialmente discutida importância da alimentação para uma nutrição adequada e da prática regular de atividades físicas como estratégias protetoras do impacto das doenças crônicas não transmissíveis. Com base no reconhecimento de que hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, ingestão insuficiente de frutas, hortaliças e leguminosas, sobrepeso ou obesidade, inatividade física e tabagismo são os fatores mais importantes para a ocorrência de morbimortalidade por esse grupo de patologias (WHO⁹ *apud* BRANDÃO, 2004, p. 132), discutiu-se, pela análise geográfica local, o contexto da produção do risco no foco alimentar-nutricional.

Apesar de as práticas alimentares não terem sido abordadas de modo direto com relação aos participantes do estudo, a abordagem geográfica da área como espaço inserido no processo de produção da metrópole curitibana permitiu o levantamento de aspectos do modo de vida local que contextualizam a questão alimentar na perspectiva da relação alimentação-nutrição e saúde-doença. O aumento das distâncias exigindo o uso de transporte motorizado, a falta de espaços de lazer e o confinamento doméstico associado ao crescimento da violência são conteúdos evidenciados a partir da produção histórico-social do espaço local que atuam diretamente na sedentarização das atividades cotidianas. Assim também, a perda quase que total das práticas de produção doméstica de alimentos voltada ao auto-abastecimento, comuns até meados da década de 1970, influenciou e determinou a dependência cada vez mais alta das relações de comércio, resultando num maior consumo de alimentos processados industrialmente e com potencial gerador de riscos à saúde. A aceleração do ritmo no viver urbano, na imposição da vivência predominante de um tempo produtivo, deteriorou a permanência das tradições da cultura alimentar local, reduzindo as variedades alimentares naturais e cultivadas que sustentavam certo balanceamento nutricional e, portanto, uma maior capacidade de proteção à saúde, dada pela dieta cotidiana. As relações socioespaciais que foram produzindo o cotidiano do bairro ao longo das últimas cinco décadas, em especial na dimensão da organização das tarefas ligadas à alimentação, subsidiaram a referência a um modo de vida cujas refeições noturnas domésticas se tornaram valorizadas como exigência do gasto do tempo diário, fora de casa, nas atividades de trabalho, que passaram a ocupar a centralidade do cotidiano (RIBAS, 2005, p. 299-304).

Essa prática pode estar correlacionada à produção de repercussões metabólicas que condicionam o aumento de fatores de risco ligados à obesidade e às doenças a esta associadas, como no caso da hipertensão arterial. A regulação do consumo alimentar tem sido associada a diferentes ritmos de ingestão, relativos a temporalidades anuais, sazonais, semanais ou diárias (ASSIS, 2000, p. 18). Nesse sentido, estudos¹⁰ apontam que a transferência das refeições do período vespertino para o noturno tem associação com níveis elevados de colesterol total e LDL-colesterol e com a redução do HDL-colesterol (categoria lipídica

⁹ WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Genebra, 2002.

¹⁰ LENNERNAS, M. A. C.; AKERSTED, T.; HAMBRAEUS, L. Nocturnal eating and serum cholesterol of three-shift workers. *Scand. J. Environ Health*, [s.l.], v. 20, p. 401-406, 1994 *apud* ASSIS (2000, p. 20).

protetora das artérias), fenômeno que se relaciona ao aumento dos riscos para obesidade e doenças cardiovasculares. Com isso, tem-se que o horário cotidiano de realização das refeições pode produzir efeitos relativos à concentração plasmática hormonal, à temperatura e peso corporais, bem como à pressão sanguínea (WATERHOUSE *et al.*¹¹ apud ASSIS, 2000, p. 19-20).

Nas reflexões sobre a hipertensão arterial, tem-se considerado a rediscussão sobre as variações de sua ocorrência na população serem atributos simplesmente resultantes de processos biológicos em termos de idade, sexo e raça. Numa perspectiva socioambiental, reflete-se que a ocorrência desse agravo à saúde sofre a influência tanto das experiências dos sujeitos relativas ao seu modo de vida quanto de sua exposição ao ambiente, evidenciando uma inter-relação nos planos da genética, da sociedade e do ambiente (SPRITZER, 1996, p. 199). Assim, decisões cotidianas quanto a esquemas para “lidar com” a hipertensão arterial, entendidos como um campo gerador de estratégias relativas às práticas alimentares, remetem à necessidade não somente de abordar a enfermidade a partir das suas representações sociais correlatas, como também de compreendê-las no contexto da experiência da doença (GOMES; MENDONÇA, 2002, p. 117). Deve-se, portanto, considerar a forma como os sujeitos e grupos sociais assumem essa condição e situam-se frente a ela, com significados configurados a partir das referências dadas no processo de interação social. Na percepção dos habitantes locais, os problemas de saúde ligados à alimentação permeiam todas as fases do ciclo vital e têm seu desfecho relacionado a práticas operadas e acumuladas ao longo da vida. A hipertensão arterial figurou como um dos fenômenos percebidos do processo saúde-doença mais evidentes em sua relação à questão alimentar, sendo freqüentemente experienciada no nível pessoal ou no ambiente familiar e correlacionada às transformações socioespaciais que influenciam mudanças no modo de vida (RIBAS, 2005, p. 291-292).

Ainda como aporte ao aprofundamento de discussões clínico-epidemiológicas sob o foco nutricional, evidenciou-se a necessidade analítica de parâmetros relativos a atividades físicas, consumo alimentar, ganho de peso individual e refinamento da localização da adiposidade corporal, dimensões essas associadas à condição orgânica e ao modo de vida urbano e que possuem influência sobre a interpretação da massa corporal e sobre as repercussões desta em relação à hipertensão arterial.

Em suma, a partir das diferentes dimensões discutidas com referência à relação entre o modo de vida, o cotidiano alimentar e o impacto nutricional, evidenciou-se que a obesidade representa uma questão relevante no modelo de determinação da hipertensão arterial. Seu controle, portanto, constitui-se em estratégia fundamental na prevenção do complexo biossocial que caracteriza situações de insegurança alimentar associada ao processo saúde-doença no cenário urbano.

Conclusão

No processo de produção do espaço analisado, buscou-se não somente revelar padrões de quantificação e distribuição da hipertensão arterial num cenário urbano. Na perspectiva socioespacial, mediante a reconstrução histórica da ocupação da área em estudo, viabilizou-se também o pensar sobre quais características desse espaço urbano condicionam a

¹¹ WATERHOUSE, J. *et al.* Chronobiology and meal times: internal and external factors. *British Journal of Nutrition*, [s.l.], v. 77, p. s29-s38, 1997. Suplemento I.

presença de determinados grupos sociais, bem como a ocorrência de perfis diferenciais da hipertensão arterial segundo características espaciais e de inserção social dos sujeitos analisados. Assim, destacou-se a relevância do espaço como elemento da dimensão analítica no processo saúde-doença, especialmente sob o foco da produção do acesso e das práticas alimentares, bem como do estado nutricional humano.

Na perspectiva do conjunto de condições biológicas e sociodemográficas associadas à hipertensão no espaço estudado, onde concorrem a obesidade e as baixas renda e escolaridade, discutiu-se o problema como uma condição de insegurança que se reporta aos diferenciais de acesso a recursos e informações, bem como às margens de manobra dos sujeitos quanto ao seu ambiente social e material. O fenômeno remete à necessidade não somente da implementação de medidas preventivas e/ou terapêuticas da hipertensão, como também da ampliação da capacidade de leitura do contexto integral e complexo que gera o acúmulo de riscos à saúde e a enfermidades específicas, a partir da análise do espaço vivido. Destaca-se que a obesidade, enquanto condição de risco nutricional à saúde e fator agravante da morbimortalidade humana, é condição passível de modificação, na consecução de serviços de saúde universalmente acessíveis e de qualidade, norteados a gerir o processo saúde-doença na perspectiva de seu nexos biossocial.

O impacto da qualidade da alimentação sobre a saúde, manifesto como estado nutricional individual, configura-se num processo construído sócio-historicamente e que assume formas diferenciais nas desigualdades territoriais e nas distinções de posição dos sujeitos numa dada organização social. Com este estudo, no foco da dinâmica relacional entre sociedade e natureza na produção do espaço e do modo de viver sob determinadas condições socioambientais, vislumbra-se um importante aporte metodológico a partir dos marcos teóricos da Geografia da Saúde para a compreensão dos nexos da questão alimentar-nutricional urbana. Nesse sentido, a abordagem geográfica é contribuição considerável à consolidação das ações de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional em curso no país, subsidiando a questão alimentar-nutricional como objetivo do desenvolvimento social, na perspectiva do direito humano à vida urbana com qualidade e cidadania.

artigo recebido **abril/2006**

artigo aprovado **agosto/2006**

Referências

- ASSIS, M. A. A. Comportamento alimentar e ritmos circadianos de consumo. In: SIMPÓSIO SUL-BRASILEIRO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: HISTÓRIA, CIÊNCIA E ARTE, 1., 2000, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: Departamento de Nutrição/UFSC, 2000. p. 17-21.
- BLANCO GIL, J.; SÁENZ ZAPATA, O. *Espacio urbano y salud*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 1994. (Colección Fin de Milenio, Serie Medicina Social).
- BLEIL, S. I. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. *Cadernos de Debate*, Campinas, v. 6, p. 1-25, 1998.
- BRANDÃO, A. P. (Coord.). Primeira diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. *Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão*, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 130-132, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Agravos e Doenças Não Transmissíveis. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis*: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Brasília, 2003.
- CANESQUI, A. M. Antropologia e alimentação. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 207-216, 1988.
- CASTRO, I. R. R. *Vigilância alimentar e nutricional*: limitações e interfaces com a rede de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- CAVALINI, L. T.; CHOR, D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 7-17, 2003.
- DIEZ GARCIA, R. W. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Rev. Nutr. Online*, Campinas, v. 16, n. 4, p. 483-492, out./dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2005.
- DUARTE, E. C. et al. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil*: um estudo exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
- GATRELL, A. C. *Geographies of health*: an introduction. Oxford: Blackwell, 2002.
- GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). *Caminhos do pensamento*: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 107-132. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2000*. Rio de Janeiro, 2000.
- INIGUEZ ROJAS, L. Geografia y salud: temas y perspectivas en América Latina. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 701-711, out./dez. 1998.
- LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). *Medicina social*: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 134-158.
- LE BIHAN, G.; DELPUCH, F.; MARIE, B. *Alimentação, nutrição e políticas públicas*. São Paulo: Instituto Pólis, 2003. (Cadernos de Proposições para o Século XXI, 4).
- LESSA, I; MENDONÇA, G. A.; TEIXEIRA, M. T. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v. 120, p. 389-413, 1996.
- LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A. Validity of self-reported hypertension and its determinants (the Bambuí study). *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 1-5, 2004.
- LIPSCHITZ, D. A. Screening of nutritional status in the elderly. *Primary Care*, Philadelphia, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.
- LOLIO, C. A. et al. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 357-362, 1993.
- MACIEL, M. E.; MENASCHE, R. Alimentação e cultura, identidade e cidadania: você tem fome de quê?. *Democracia Viva*, Rio de Janeiro, n. 16, p. 3-7, maio/jun. 2003.
- MENDONÇA, F. Aquecimento global e saúde: uma perspectiva geográfica; notas introdutórias. *Terra Livre*, São Paulo, v. 1, n. 20, p. 205-221, jan./jul. 2003.
- MENDONÇA, F. Geografia socioambiental. In: MENDONÇA, F.; KOSEL, S. (Org.). *Elementos de epistemologia da geografia contemporânea*. Curitiba: UFPR, 2002. p. 121-144. (Série Pesquisa, 69).
- MENEZES, F. O conceito de segurança alimentar. In: TONI, A. (Coord.). *As faces da pobreza no Brasil*: programa de trabalho Actionaid Brasil. Rio de Janeiro: Arte Maior, 1998. p. 59-89.

- MINTZ, S. W. Comida e antropologia: uma breve revisão. *Rev. Bras. Ci. Soc. Online*, São Paulo, v. 16, n. 47, p. 31-42, out. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092001000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2005.
- MONTEIRO, C. A. *et al.* Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; NUPENS/USP, 2000. p. 247-255. (Saúde em Debate, 91).
- MONTEIRO, C. A. *et al.* Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 47-57, 2005.
- ORBISMC – Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade Metropolitano de Curitiba. Curitiba: Sistema FIEP, 2005. p. 4-7.
- ORTIGOZA, S. A. G. A proliferação do “gosto global” no Brasil. GEOUSP, São Paulo, n. 8, 2000. Disponível em: <<http://www.rc.unesp.br/igce/planejamento/necc/Artigo%20Silvia%20GEOUSP.htm>>. Acesso em: 01 maio 2005.
- PICCINI, R. X.; VICTORA, C. G. Systemic arterial hypertension in an urban area of southern Brazil: prevalence and risk factors. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 261-267, ago. 1994.
- RIBAS, M. T. G. O. *A segurança alimentar e nutricional na produção da cidade: reflexões a partir do bairro Capão da Imbuia* (Curitiba/PR). 2005. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Setor de Ciências da Terra, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.
- SBC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 82, p. 1-14, 2004. Suplemento IV.
- SPRITZER, N. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 29, p. 199-213, abr./set. 1996.
- SUDERHSA – SUPERINTENDÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HÍDRICOS E SANEAMENTO AMBIENTAL DO PARANÁ. *Base cartográfica da bacia do Alto Iguaçu*. Curitiba, 2002.
- VALENTE, F. L. S. *Seminário nacional de segurança alimentar e nutricional*. Olinda: [s.n.], 2002. 13 p. (Documento preparatório).
- WILLET, W. C. *Coma, beba e seja sandável: guia de alimentação da Harvard Medical School*. Rio de Janeiro: Campus, 2002.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity: preventing and managing the global epidemic; report of a WHO consultation on obesity*. Genebra, 1998.