

# O NUTRICIONISTA MUNICIPAL COMO FACTOR DE DESENVOLVIMENTO LOCAL EM PORTUGAL

Graça P<sup>1</sup>, Alves E<sup>2</sup>, Camarinha B<sup>3</sup>, Almeida AS<sup>3</sup>, Alves C<sup>4</sup>, Bento A<sup>5</sup>, de Almeida MDV<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto  
Rua Dr. Roberto Frias s/n  
4200-465 Porto

<sup>2</sup> Estagiária na Câmara Municipal de Valongo

<sup>3</sup> Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia

<sup>4</sup> Estagiária na Câmara Municipal de Castelo Branco

<sup>5</sup> Associação Portuguesa dos Nutricionistas

## Resumo

Nos últimos 40 anos, Portugal modificou de forma profunda a sua relação com a alimentação e viu também modificar o perfil das doenças mais prevalentes. Muitas delas, como as cardiovasculares e oncológicas, são directamente influenciadas pela ingestão alimentar e outros componentes do estilo de vida. A par destas alterações, ocorreram profundas modificações sociais, demográficas e políticas. Na área da educação, Portugal começou em 1976 a formar nutricionistas capazes de intervir no panorama alimentar Português. Esta formação, atribuiu desde sempre um ênfase especial à Educação Alimentar e à Intervenção na Comunidade, opções que vieram mais tarde, já na década de 80, ser reforçadas pela Organização Mundial de Saúde com a introdução dos conceitos de Promoção da Saúde e de Nutricionista Comunitário. Em paralelo, e desde 1993, com o Tratado de Maastrich, a União Europeia passou a interessar-se mais profundamente pelas questões da saúde pública e da alimentação. A nível local, o poder autárquico nacional desenvolveu-se, ganhou autonomia e novas competências, nomeadamente nas áreas da qualificação do estado de saúde e bem estar dos municípios.

A partir desta evolução, traçamos neste artigo o perfil do Nutricionista Municipal, que entendemos decisivo para o aumento qualitativo das intervenções autárquicas nas áreas da alimentação/nutrição que tanto influenciam a qualidade de vida dos municípios e a capacidade de gerar riqueza por parte das regiões.

## Palavras chave

Autarquias, Nutrição, Nutricionista Municipal, Promoção da saúde, Saúde Pública.

## Abstract

In the past 40 years, Portugal has suffered profound changes in the food sector that were also accompanied by changes in the country's health patterns. Cardiovascular diseases and several types of cancer are strongly influenced by food consumption and other lifestyle factors. In parallel with these, social, demographic and political changes also occurred. In the education sector, the graduation of nutritionists, health professionals with a capacity to mediate and intervene in the national food sector, began at the university level, in 1976.

Nutrition education and community intervention have always been in the core of the nutritionists' curriculum. The WHO reinforced similar options in the 1980's, with the introduction of concepts as Health Promotion and Community Nutritionist. Since 1993, with the Maastrich Treaty, the EU puts an emphasis in public health and food. At the local level, the municipality sector has developed, gained autonomy and new competencies, namely in areas such as health and well being of citizens.

This paper addresses the professional profile of the "Municipal nutritionist", vital for the improvement of the municipal interventions in the areas of food and nutrition, which in turn are decisive for the well being and quality of life of citizens and a wealth generator in the regions.

## Key words

Municipalities, Nutrition, Municipal Nutritionist, Health Promotion, Public Health.

## INTRODUÇÃO

Neste último século, as sociedades ocidentais sofreram alterações profundas com a concentração da população nos centros urbanos, com a revolução tecnológica, em especial na indústria e com a consequente diminuição da actividade física. O nosso país não foi excepção a estas mudanças. Apenas a nossa situação política e localização periférica retardaram muitas destas alterações demográficas, sociais e culturais que, entre nós, se aceleraram a partir da década de 60. Neste período, de forma muito rápida, Portugal assistiu ao envelhecimento da sua população (a proporção de idosos com mais de 65 anos, passou de 8 para 15 %), à diminuição do número de pessoas por família<sup>2,8</sup>, ao quase desaparecimento da população activa na agricultura (43,6% para 7 %), ao crescimento acelerado dos centros urbanos na faixa litoral (de 2 milhões de pessoas vivendo em locais com mais de 10 000 hab. em meados de 60 passámos, na década de 90, para 3,5 milhões)<sup>1-5</sup>. Paralelamente, a mulher passou a ocupar na escola (29 para 69% dos estudantes do ensino superior) e no mundo do trabalho uma posição dominante em termos numéricos, muito acima dos 15% com que contribuía na década de 60 para a mão de obra total<sup>5</sup>. A desruralização da sociedade portuguesa acompanhada pelas correntes migratórias para o litoral e a crescente participação da mulher no mundo do trabalho condicionaram o aparecimento de novas necessidades e de novas ofertas, como de resto, já tinha acontecido noutros países europeus e no sub-continente norte-americano. Na área da alimentação surgiram novos formatos de distribuição com o aparecimento de superfícies comerciais maiores e com a maior diversidade de produtos alimentares, e também, novos conceitos de restauração, em especial com o aparecimento das cadeias de *fast-food*<sup>6</sup>. Esta uniformização do tecido comercial e da oferta alimentar fez com que o consumo alimentar nacional se aproximasse cada vez mais do de outros países industrializados. Do ponto de vista nutricional, a ingestão média de nutrientes por parte dos Portugueses aproximou-se dos padrões do norte da Europa, com consumos crescentes de gorduras e proteínas e também de hidratos de carbono (embora em proporções menores) com o correspondente aumento geral no valor calórico ingerido, que passou a estar também mais desequilibrado<sup>7-9</sup>.

Na área da saúde, a situação também se alterou profundamente. As doenças infecciosas, predominantes no início do século, deram lugar às doenças crónico-degenerativas, como a doença cardiovascular e oncológica. Estes dois grupos de doenças, representavam em 1997 e em conjunto, 60 % dos óbitos em território nacional. O seu aparecimento e desenvolvimento, que entretanto se tornaram a principal causa de morte nas sociedades ocidentais, levou ao crescente reconhecimento, primeiro por parte dos cientistas e depois por parte dos decisores políticos, de que a saúde e os estilos de vida (em especial a alimentação e o exercício físico) estavam intrinsecamente ligados. O reconhecimento político desta situação, teve em Marc Lalonde, Ministro da Saúde Canadano, um dos seus primeiros protagonistas ao publicar em 1974 o "Relatório Lalonde"<sup>10</sup>. Neste documento, Lalonde considerava que " Os sistemas de saúde, eram apenas um dos vários sistemas necessários para a manutenção e melhoria da saúde dos cidadãos..." e que "... existiam diversos riscos ambientais e comportamentais que punham em causa a saúde, mas aqui os sistemas de saúde pouco poderiam fazer". Este relatório e o reconhecimento da necessidade de investir profundamente na mudança de comportamentos e na adopção de estilos de vida saudáveis, originou um acentuado impulso nas áreas da Prevenção e da Educação para a Saúde, ao longo da década de 70. Contudo, rapidamente se começou a constatar que, aqueles indivíduos que pretendiam adoptar estilos de vida saudáveis, poderiam ser constringidos e mesmo impedidos de atingir esses objectivos, devido a factores do meio ambiente, social e económico, que estavam para além do seu controlo<sup>11</sup>. Em muitos casos, os próprios factores ambientais eram contrários a estilos de vida saudáveis<sup>12</sup>. Modificar parte destes factores exigia mudanças políticas significativas em vários sectores, nomeadamente na educação, no emprego, na habitação, agricultura, comércio e turismo, com o respectivo aumento da coordenação e interpenetração de políticas<sup>13-15</sup>. Tudo isto a par de uma descentralização de poderes. Entretanto, os investimentos na medicina curativa foram aumentando à medida que a população envelhecia e existia uma grande pressão para se investir no tratamento e cura das doenças crónico-degenerativas. Estes factores, entre outros, impuseram grandes dificuldades na tradução dos dados existentes (favoráveis a um investimento profundo na prevenção) em medi-

das políticas concretas <sup>16:17</sup>. Para dar resposta a estas necessidades, era necessário criar um quadro conceptual credível, que enquadrasse estas premissas e que permitisse aos diferentes actores envolvidos, visualizar facilmente qual o seu papel e o que fazer.

## **DE OTAWA A VERONA – O PAPEL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE**

No início da década de 80, a Secção Regional da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Europa, ao iniciar o planeamento das suas actividades de Educação para a Saúde para o período 1980-1984, reconheceu que investir na educação de forma isolada não seria o suficiente para modificar o estado de saúde dos cidadãos Europeus. Foi então decidido criar um conjunto de medidas, que extravasassem o âmbito da educação e que no seu conjunto passassem a ser conhecidas como medidas de Promoção da Saúde <sup>18</sup>. Um dos primeiros documentos técnicos definia este novo conceito como:

*"Uma combinação de intervenções, desde a área da educação para a saúde até aos aspectos organizacionais, políticos e económicos, capazes de facilitar alterações comportamentais e ambientais susceptíveis de melhorar ou manter a saúde"* <sup>19</sup>.

Este programa recebeu apoio político, um corpo técnico e orçamento próprios e, em 1986, na Conferência de Ottawa, a OMS reconheceu que "as razões para que uma população seja saudável e assim se mantenha estão muito para além da existência de serviços de saúde". A "Carta de Ottawa", que saiu desta conferência definiu pela primeira vez a nível global, o conceito de Promoção da Saúde como sendo "O processo de conceder às pessoas um maior controlo sobre a sua saúde e seus determinantes"<sup>20</sup>. Uma das ideias chave deste documento centrava-se sobre o reforço das competências pessoais na manutenção da sua saúde e outra sobre os ambientes que determinam a saúde. Neste documento ficou definido que a "saúde é criada nos locais onde as pessoas vivem, se amam, trabalham e se divertem". Posteriormente nas conferências da OMS em Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jakarta (1997), este conceito continuou a ser desenvolvido e sofreu diversas alterações <sup>21</sup>.

Sabemos hoje que as grandes melhorias no estado de saúde das populações ao longo da História se ficaram a dever a factores sociais, demográficos, económicos e políticos, muito mais do que a medidas na esfera dos cuidados e políticas de saúde <sup>22-23</sup>. De forma correspondente, uma população mais saudável pode contribuir de forma mais intensa para o desenvolvimento económico de uma sociedade, requer menos apoio social e cuidados de saúde <sup>24-27</sup>. Assim, se a saúde e bem estar dos cidadãos é influenciada e se constrói em áreas afastadas da esfera da saúde, ou seja, nas áreas da educação, do trabalho, da habitação, dos transportes, da agricultura, do ambiente, do comércio ... a gestão das iniciativas capazes de Promover a Saúde dos cidadãos não deverá partir exclusivamente do sector da saúde. A gestão nesta área terá de ser feita tendo por base alianças entre os diversos sectores com interesses no assunto. Segundo Kickbush <sup>28</sup>, para se avançar neste domínio teremos de saber o seguinte:

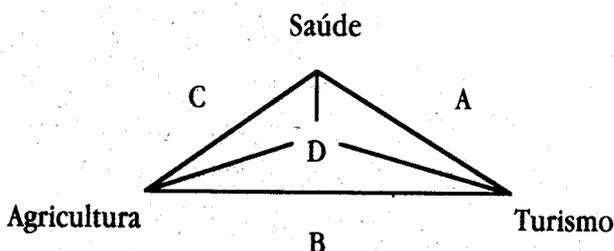
- Onde é que, numa determinada população, a saúde é promovida e se mantém ?
- Que investimentos e estratégias produzem mais ganhos de saúde ?
- Que investimentos e estratégias ajudam a reduzir as desigualdades de saúde ?

Para responder a estas questões teremos de construir metodologias, ferramentas e processos de decisão política capazes de :

- Avaliar as estruturas, sistemas e processos que numa região (dentro e fora do sector da saúde) promovam ou pelo contrário reduzam a saúde das populações e identificar as formas de melhorar estas estruturas.
- Identificar os elementos chave necessários à construção de uma estratégia de saúde para a região através de investimentos selectivos (dentro e fora do sector da saúde) que reforcem as prioridades económicas e sociais para a região.
- Negociar esses *Investimentos na Saúde* com os decisores políticos e outros decisores na área social e económica.

Este novo processo de Investimento na Saúde é difícil de ser avaliado. O investimento directo ou indirecto na saúde contribui para o desenvolvimento económico e social de toda a sociedade <sup>29,30</sup>. Em contraste, nem todos os investimentos económicos e sociais promovem a saúde <sup>31-33</sup>. Só através da análise cuidada das diversas intervenções no terreno e dos seus resultados é possível retirar conclusões <sup>34</sup>. Nos últimos anos, foram avaliadas diversas intervenções a nível Europeu. No sul de Espanha, a Comunidade Valenciana, o Instituto Valenciano de Saúde Pública e a OMS desenvolveram um projecto para identificar quais as áreas que nessa região poderiam contribuir de forma mais decisiva para a melhoria/manutenção do estado de saúde das populações <sup>35</sup>. Os sectores identificados foram o turismo (que representa um grande proporção das receitas da região), a saúde e a agricultura (historicamente um sector cultural e economicamente muito importante) (Fig.1).

Fig. 1 - Sectores chave para a melhoria do estado de saúde na região de Valência.



Neste projecto, demonstrou-se que decisões políticas (D) comuns aos 3 sectores, poderiam originar ganhos comuns nesses mesmos sectores (*win-win-win solutions*), mas também que decisões sectoriais, por exemplo benéficas para a Agricultura e Turismo - B (sem impacte na Saúde) seriam apoiadas pelo sector da Saúde, pois provavelmente existiriam acordos sectoriais duplamente benéficos para o Turismo e a Saúde - A (sem impacte na Agricultura). Esta forma de analisar o *Investimento na Saúde* na região teve ainda o mérito de colocar em diálogo, ao mais alto nível, interlocutores de áreas que tradicionalmente não colaboravam e que pouco sabiam dos outros, construindo pontes de cooperação para o futuro.

A experiência da Comunidade Valenciana e outras semelhantes na Eslovénia, na Hungria, Roménia, Malta... foram importantes para que, em 1998, com o patrocínio da OMS, e depois de 3 anos de intenso trabalho por parte de 51 países se avançasse para a "Iniciativa de Verona" <sup>36-38</sup>. O "Desafio de Verona", como também é conhecido, baseia-se nos seguintes princípios:

- O reconhecimento de que, virtualmente, todas as decisões políticas, independentemente da sua proveniência, têm o potencial de influenciar a saúde.
- Todas as actuais e futuras políticas deveriam ser avaliadas quanto à sua influência nos determinantes do estado de saúde das populações.
- O público e os consumidores devem contribuir para o processo de tomada de decisão.
- As responsabilidades devem ser claramente definidas e a contabilização das responsabilidades deve ser visível para o público.

O "Desafio de Verona", propõe diversas ferramentas para medir até que ponto uma determinada região tem em conta estes princípios e os incorporará na sua prática quotidiana <sup>39</sup>. Propõe também desafios para os Governos, para a Indústria e Comércio, para as Organizações Internacionais e Não-Governamentais, para os Meios de Comunicação Social, para os Sistemas de Saúde e muito em especial para as Autoridades Regionais e Locais. Às Autoridades Regionais e Locais, pela sua proximidade ao cidadão, o "Desafio de Verona", propõe que estas:

- concedam capacidade de manobra àqueles que no seio da organização queiram investir na saúde e faça um voto explícito nesta matéria;
- assegurem de que os planos de investimento e desenvolvimento para a região integrem de forma har-

- moniosa o desenvolvimento económico com a melhoria ambiental e com a melhoria do estado de saúde, entre outros;
- estabeleçam objectivos na melhoria do estado de saúde das populações ligados ao desenvolvimento económico e social;
- criem mecanismos que assegurem a contabilização dos ganhos em saúde nos diversos pelouros/serviços regionais e locais;
- envolvam a população nas decisões sobre a sua saúde e que, ao fazê-lo, respeitem as diferenças culturais dos grupos em minoria;
- publiquem um relatório regular dos *Investimentos na Saúde* ao nível local;
- estabeleçam uma infra-estrutura capaz de implementar e coordenar um programa de *Investimentos na Saúde*.

A descentralização dos sistemas de saúde, uma tendência crescente em muitos países Europeus, tem levada as regiões a envolverem-se cada vez mais na formulação e implementação de políticas de saúde a nível local. A nível dos serviços de saúde, a cooperação entre as regiões tem vindo a ser fomentada pela OMS, que em 1992 criou na Europa uma rede de contactos entre regiões interessadas em trocar informações e partilhar projectos na área da saúde. Esta rede, chamada *Regions for Health Network* (RHN) reúne actualmente 26 membros representando cerca de 80 milhões de pessoas <sup>40</sup>.

Contudo, a nível do poder local, o projecto da OMS mais ambicioso e que gerou maior adesão inicial foi o da Rede das Cidades Saudáveis <sup>41-43</sup>. Foi lançado em 1988 com apenas 11 cidades europeias e, hoje, envolve já cerca de 1000 cidades em 29 países, entre eles Portugal. Este conceito foi desenvolvido tendo como ideias chave o facto de que: 1) a maior parte dos cidadãos Europeus vive em cidades de maior ou menor dimensão onde é possível medir o perfil e o investimento feito na área da saúde; 2) as parcerias na área da saúde, com a participação de diferentes sectores são mais fáceis de concretizar localmente; e 3) o envolvimento comunitário e a aquisição de capacidades por parte dos cidadãos faz-se de forma mais intensa a nível local. A entrada nesta Rede e a elegibilidade da cidade concorrente pressupõe o comprometimento político dos governantes locais em atingir determinadas metas nas áreas da equidade, através de medidas que tornem a saúde mais acessível a todos e em especial às populações de risco; sustentabilidade, através de medidas que combinem mais saúde com desenvolvimento económico, melhores infra-estruturas, melhor educação, produção de oportunidades de emprego, protecção do ambiente...; cooperação intersectorial, promovendo a participação dos diversos "actores" da cidade que podem produzir saúde e dando o exemplo, introduzindo nas diferentes políticas municipais o tema da saúde e contabilização do seu impacte; e solidariedade, reforçando os laços com outras regiões e partilhando recursos, conhecimento, informação e experiência <sup>44-46</sup>.

## **DE ROMA ATÉ AMSTERDÃO – O PAPEL DA UNIÃO EUROPEIA**

Desde a assinatura do Tratado de Roma em 1957, até ao Tratado de Maastrich em 1993, a Comunidade Europeia pouco investiu nas questões da saúde pública, preocupando-se inicialmente com aspectos económicos. A questão alimentar foi sempre subordinada às questões da produção, em que a Política Agrícola Comum (PAC) dominou e domina ainda as atenções. Em 1990, dão-se os primeiros passos no sentido da melhoria efectiva da situação nutricional nos Estados-membro através da Resolução do Conselho e dos representantes dos governos dos Estados-membros, reunidos em 3 de Dezembro de 1990, relativa a um Programa de Acção sobre a Alimentação e a Saúde. Nessa resolução, a Comissão era convidada a apresentar uma proposta que previsse a organização e a promoção de um programa de manifestações e de actividades, nomeadamente, um "Ano Europeu da Alimentação". Estas acções foram apenas timidamente implementadas, tanto que as conclusões do Conselho e dos ministros da saúde dos Estados-membros reunidos em 15 de Maio de 1992, relativas à alimentação e à saúde (Jornal Oficial C 148 de 12.06.1992), convidavam a Comissão a "prosseguir a sua reflexão e a reafirmar a importância de uma acção comunitária" neste domínio.

Só com a assinatura do Tratado de Maastrich é que, pela primeira vez, se reconheceu oficialmente à União Europeia (U.E.) competência no domínio da saúde pública. Nele se declara que "A Comunidade contribuirá para assegurar um elevado nível de protecção da saúde humana, incentivando a cooperação entre os Estados-membro e, se necessário, apoiando a sua acção". Inicia-se então o primeiro Quadro de Acção na Saúde Pública com 5 programas específicos de intervenção nas áreas do Cancro, Sida, Toxicoddependência, Promoção da Saúde e Monitorização do Estado de Saúde das Populações. Na sua comunicação relativa a um quadro de acção no domínio da saúde pública [COM(93) 559 final de 24.11.1993], a Comissão descreveu os problemas no domínio da saúde com que se confrontam os Estados-membro, tendo explicado o modo como tencionava pôr em prática as disposições do Tratado. A sua abordagem baseava-se na aplicação de dois tipos de acção: acções horizontais relativas nomeadamente à promoção e à vigilância da saúde: programa comunitário de promoção, de informação, de educação e de formação em matéria de saúde e programas plurianuais globais relativos a um certo número de domínios prioritários: cancro, toxicoddependência, SIDA e outras doenças transmissíveis.

Mais recentemente, a U.E. começou a querer desempenhar um papel ainda mais activo na defesa da saúde pública dos seus cidadãos com a revisão do Tratado de Maastrich em Amsterdão (1998). Embora o Tratado de Amsterdão não introduza uma política de saúde a nível da U.E, prevê uma série de acções nesse sentido. O artigo 153º (129º-A) estipula que: "Na definição e execução de todas as políticas e acções da Comunidade será assegurado um elevado nível de protecção da saúde". Vai-se ainda mais longe ao admitir que a acção da U.E "deve complementar as políticas nacionais devendo ser direccionada para a melhoria da saúde pública, para a prevenção da doença e eliminação das fontes de perigo para a saúde humana". Para tal, recomenda-se o recurso, entre outras estratégias, à "informação e educação" das populações.

Com populações com diferentes características sociais, demográficas, culturais e económicas na região Europeia serão necessárias diferentes abordagens para promover o seu estado de saúde. Na área da alimentação/nutrição esta situação é particularmente visível. Os países do Sul da Europa, por exemplo, possuem um conjunto de disponibilidades alimentares associadas à produção agrícola e a tradições gastronómicas e culturais distintas dos países do Norte da Europa<sup>47</sup>. No conjunto dos países Europeus, Portugal apresenta comparativamente disponibilidades elevadas de peixe, azeite, cereais, arroz, tubérculos e leguminosas secas que podem favorecer a saúde dos seus cidadãos<sup>7</sup>. Existem ainda, a nível regional, significativas diferenças na utilização dos alimentos e na forma de os confeccionar, que se modificam do interior para o litoral e consoante nos encontramos em áreas urbanas ou rurais. O consumo destes produtos alimentares, quando de produção local e integrados em produções sustentáveis podem proteger o ambiente, a saúde e o emprego local<sup>48,49</sup>.

Por outro lado, existe uma grande diversidade nacional/regional no espaço Europeu quanto às fontes de informação utilizadas para receber informação sobre alimentação saudável. Também as barreiras que impedem a população de fazer uma alimentação saudável são diferentes consoante nos movimentamos na União Europeia e através de populações com diferentes características sócio-demográficas<sup>50</sup>. Esta diversidade de situações, para as quais os políticos terão de estar atentos, obrigam à elaboração de estratégias multisectoriais muito perto das realidades locais. Neste sentido, serão os governos regionais/autarquias locais aqueles que, conhecendo mais de perto estas realidades, terão mais capacidade de uma intervenção efectiva nesta área.

Entre nós, a organização democrática das autarquias locais é relativamente recente, tendo sido consagrada apenas em 1976. Os seus poderes e a sua capacidade de intervenção em áreas como a saúde ou a educação ainda é mais recente e só agora se começam a dar os primeiros passos efectivos nesse sentido. Em 1999, foi aprovada uma Lei que estabelece um quadro de transferência de novas atribuições e competências para as autarquias locais. No âmbito desta Lei, muitos dos pressupostos contidos na "Carta de Otawa", muitas das intenções da "Iniciativa de Verona" e uma parte substancial das metas preconizadas no "Projecto das Cidades Saudáveis" poderão ser concretizadas, nomeadamente na área da nutrição/alimentação.

## O CONCEITO DE ORGANIZAÇÃO AUTÁRQUICA EM PORTUGAL E SUA EVOLUÇÃO

No espaço geográfico onde hoje se situa Portugal, existiram desde sempre divisões do território, embora quase nunca com verdadeiras competências administrativas próprias. Nos tempos da ocupação Romana conhecem-se os "Conventus" (que eram três: *Conventus Bracarum* - sede em Braga, *Conventus Scallabitanus* - sede em Santarém e *Conventus Pacensis* - sede em Beja). Depois à medida que a identidade nacional foi ganhando forma, surgiram as cinco "regiões" que refere o testamento do rei D. Dinis ("Antre Douro e Minho"; "Antre Douro e Mondego"; "Beira", "Estremadura" e "Antre Tejo e Odiana") e mais tarde as seis comarcas de D. João III (Entre Douro e Minho, Trás-os-Montes, Beira, Estremadura, "Entre Tejo e Odiana" e "Reino do Algarve". Se estas formas de "organização autárquica" das comunidades locais remonta pelo menos aos tempos medievais, a actual organização democrática das autarquias locais foi constitucionalmente consagrada apenas em 1976. É o decreto-lei nº 701-A/76, de 29 de Setembro, que vai estabelecer pela primeira vez as normas relativas à estrutura, competência e funcionamento dos órgãos do município e da freguesia. Pode assim dizer-se que a democracia local foi inaugurada em 1977, com a realização das primeiras eleições autárquicas, com a primeira lei das autarquias locais (1977) e a primeira lei das finanças locais (Lei n.º 1/79, de 2 de Janeiro). Mais tarde, em 1984, foram delimitadas as competências da administração central e da administração local em matéria de investimentos. Em 1990, por Decreto do Presidente da República (Nº 58/90 de 23 de Outubro) fez-se a Ratificação da Carta Europeia da Autonomia Local que considera "as autarquias locais como um dos principais fundamentos de todo o regime democrático".

### Atribuições e Competências das Autarquias

Desde 1976, as autarquias locais portuguesas passaram a ter um papel activo na satisfação das necessidades das comunidades locais. Embora, por vezes de forma avulsa e descoordenada, foram concedidas às autarquias atribuições na área do ordenamento do território, do abastecimento público, do saneamento básico, da saúde, da educação, da cultura, do ambiente e mesmo do desporto. As autarquias portuguesas, ou seja, os 308 municípios e 4241 freguesias com pessoal, património e finanças próprios, dispõem de receitas próprias, beneficiando ainda de receitas provenientes dos impostos do Estado. Paralelamente às autarquias, existem as associações de municípios, as áreas metropolitanas, os serviços municipalizados e as empresas municipais e intermunicipais, que são outras formas de organização autárquica a funcionar actualmente no nosso país.

Os Programas dos XIII e XIV Governos Constitucionais (1995-99)/(1999- ) apostaram na "Descentralização de competências para as autarquias locais existentes, designadamente para os Municípios, Associações de Municípios e Áreas Metropolitanas", explicitando que "o município deve continuar a constituir o núcleo essencial de uma estratégia de subsidiariedade e de descentralização". Reclamou-se igualmente a "revisão do quadro de atribuições e competências dos municípios e das freguesias, designadamente nas áreas de apoio ao desenvolvimento local e de promoção das potencialidades endógenas; do ensino e da extensão educativa; da solidariedade e do combate à exclusão; da habitação; da defesa do ambiente e do património construído, da ocupação dos tempos livres e da ocupação cultural, da segurança e da tranquilidade pública. Neste sentido, foi aprovada a Lei 159/99 de 14 de Setembro que estabelece o quadro de transferência de atribuições e competências para as autarquias locais. Embora este decreto, por si só, "não transfira qualquer competência concreta, definindo que todas as transferências a efectuar serão objecto de diplomas regulamentares próprios, ordena e consolida competências anteriormente transferidas de forma avulsa e descoordenada e, ao mesmo tempo regulamenta novas competências e estabelece os mecanismos viabilizadores de uma gestão integrada das responsabilidades assumidas".<sup>51,52</sup>

O Decreto Lei 159/99 de 14 de Setembro que "Estabelece o Quadro de Transferência de Atribuições e Competências para as Autarquias Locais" identifica de forma clara, no seu artigo 13.º, as atribuições dos municípios em diversas áreas (Quadro 1).

## Quadro 1. As atribuições dos municípios segundo a Lei 159/99

a) Equipamento rural e urbano;	i) Habitação;
b) Energia;	j) Protecção civil;
c) Transportes e comunicações;	l) Ambiente e saneamento básico
d) Educação;	m) Defesa do consumidor;
e) Património, cultura e ciência;	n) Promoção do desenvolvimento;
f) Tempos livres e desporto;	o) Ordenamento do território e urbanismo;
g) Saúde;	p) Polícia municipal;
h) Acção social;	q) Cooperação externa.

De forma mais específica, esta Lei atribui aos municípios, intervenções próprias na Educação, Património, Cultura e Ciência, Tempos livres e Desporto, Saúde, Acção Social e Promoção do Desenvolvimento, áreas em que o Nutricionista pode intervir.

### **EDUCAÇÃO**

As competências na área da educação, em especial na rede pública escolar não se limitam apenas à construção, apetrechamento e manutenção dos estabelecimentos de ensino pré-escolar e básico. A gestão desses equipamentos fica a cargo dos municípios que têm também a obrigação de elaborar a "Carta Escolar", integrado-a nos planos directores municipais e criar os Conselhos Locais de Educação. Dentro destas competências é atribuído ao município o apoio ao desenvolvimento de actividades complementares de acção educativa na educação pré-escolar e no ensino básico; escolar e do 1º. ciclo do ensino básico e o "assegurar da gestão dos refeitórios dos estabelecimentos de educação pré-escolar e do ensino básico" (artigo 19º).

### **ACÇÃO SOCIAL**

Se assim o entenderem, e de acordo com o artigo 23º, "os órgãos municipais podem assegurar a gestão de equipamentos e realizar investimentos na construção ou no apoio à construção de creches, jardins-de-infância, lares ou centros de dia para idosos e centros para deficientes". A componente da oferta alimentar é uma parte importante na gestão destes locais, no seu orçamento e no grau de satisfação e qualidade de vida dos seus utentes. Compete ainda aos municípios "a participação, em cooperação com instituições de solidariedade social e em parceria com a administração central, em programas e projectos de acção social de âmbito municipal, designadamente nos domínios do combate à pobreza e à exclusão social" onde as questões alimentares/nutricionais são preponderantes nos orçamentos familiares e na qualidade de vida.

### **PATRIMÓNIO, CULTURA E CIÊNCIA**

Segundo o artigo 20º, é da competência dos órgãos municipais o planeamento, a gestão e a realização de investimentos públicos em domínios como o património cultural, paisagístico e urbanístico do município, sendo ainda da sua competência "organizar e manter actualizado um inventário do património cultural, urbanístico e paisagístico existente na área do município". Em determinados municípios do país, a agricultura, os seus produtos de qualidade, o património e a cultura identitária associada às suas prática é forte. Em particular, o património gastronómico que agrega muitas destas características. No ano de 2000, o Governo Português através da Resolução de Conselho de Ministros nº 96/2000 concedeu à gastronomia Portuguesa o estatuto de património cultural. Considerou-se "gastronomia nacional, o receituário tradicional português, assente, designadamente, em matérias primas de fauna e flora utilizadas ao nível nacional, regional ou local, bem como em produtos agro-alimentares produzidos em Portugal, e que, pelas suas características próprias, releve interesse do ponto de vista histórico, etnográfico, social ou técnico, evidenciando valores de memória, antiguidade, autenticidade, singularidade ou exemplaridade". Entre as medidas aprovadas para promover este património encontra-se: a) o levantamento do receituário tradicional por-

tuuguês; b) a criação de uma base de dados que permita a certificação de receitas e produtos tradicionais portugueses; c) a identificação dos requisitos que permitam a certificação de receitas e produtos tradicionais portugueses; d) a criação de condições que permitam a inventariação dos estabelecimentos de restauração e de bebidas existentes no país que incluam nas suas ementas receitas da cozinha tradicional portuguesa.

## **TEMPOS LIVRES E DESPORTO**

Embora a actividade física represente um dos principais meios colocados à disposição dos cidadãos para a melhoria da sua qualidade de vida, Portugal apresenta-se como o país com menor proporção de praticantes (60 % de não praticantes) em todo o espaço comunitário (31% de não praticantes em média na U.E). Portugal apresenta ainda uma população que praticamente só acede à prática de actividade física enquanto jovem. As mulheres e aqueles com menor grau de escolaridade estão também no grupo de cidadãos com menos acesso à prática de actividade física regular<sup>53-56</sup>

Segundo o artigo 21º da Lei 159/99, compete aos órgãos municipais, o "planeamento, a gestão e a realização de investimentos públicos em domínios como as instalações e equipamentos para a prática desportiva e recreativa de interesse municipal". Em muitos destes equipamentos existem serviços alimentares cujo objectivo deverá ser o fornecimento de produtos alimentares adaptados às necessidades específicas dos praticantes e capazes de melhorar a sua qualidade de vida.

## **PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO**

Segundo o artigo 28º, compete aos órgãos municipais, no domínio do apoio ao desenvolvimento local, entre outros: colaborar no apoio ao desenvolvimento de actividades de formação profissional; criar ou participar em estabelecimentos de promoção do turismo local; participar nos órgãos das regiões de turismo; participar na definição das políticas de turismo que digam respeito ao concelho, prosseguidas pelos organismos ou instituições envolvidas; promover e apoiar o desenvolvimento das actividades artesanais e das manifestações etnográficas de interesse local, criar e participar em associações para o desenvolvimento rural e no licenciamento e fiscalização de estabelecimentos comerciais.

No contexto do turismo Português, o sector de actividade da Restauração e bebidas assume um papel muito importante. As suas receitas representam cerca de 50 % do volume global das receitas do turismo e geram mais de 450 000 postos de trabalho directos, sendo este sector o maior empregador nacional de forma horizontal, dando emprego a trabalhadores não qualificados e liderando o ranking da mão de obra feminina<sup>57</sup>. A importância social do restauro no turismo é ainda maior quando se sabe que em épocas de crise este sector funciona como "almofada social" para muitos desempregados que procuram aqui, muitas vezes de forma sazonal, uma protecção económica. Neste contexto a gastronomia regional praticada nos diferentes municípios não é apenas potenciadora do turismo histórico e cultural na região. Ela incentiva a produção regional de alimentos e a fixação de emprego em diversos sectores da população local que necessita cada vez mais de formação profissional nesta área para se tornar competitiva. Esta situação é reforçada pelo Parecer do Comité das Regiões [doc. COM(1999) 719 final] que considera ser necessário "reconhecer e respeitar a diversidade e o significado cultural e económico das tradições e costumes regionais e locais relativos à produção e ao sabor dos alimentos e, por isso, procurar sempre o justo equilíbrio entre a segurança e as escolhas do consumidor;" Entende ainda que "a promoção e o apoio a produtos alimentares típicos de diversas regiões é uma forma determinante de fornecer aos consumidores alimentos sãos e ao mesmo tempo ajudar as economias de muitas zonas rurais;"

## **SAÚDE**

O artigo 22º atribui aos órgãos municipais para além da construção, da manutenção e do apoio aos Centros de Saúde, "a participação na definição das políticas e das acções de saúde pública levadas a cabo pelas delegações de saúde concelhias" e a "cooperação no sentido da compatibilização da saúde pública com o planeamento estratégico de desenvolvimento concelhio" tal como a "Iniciativa de Verona" prevê. Na área

da saúde, a Comissão Europeia incita ainda que pessoas colectivas territoriais locais e regionais participem activamente na reforma dos sistemas de saúde pública europeus. Neste sentido vai também o Parecer do Comité das Regiões de 13 de Abril de 2000 sobre "O papel das pessoas colectivas territoriais locais e regionais na reforma dos sistemas de saúde pública europeus" ao recomendar que no quadro do desenvolvimento da política europeia de saúde pública, tal como definida no Tratado de Amesterdão, e em colaboração com os Estados-membros, os órgãos da União Europeia devem:

"incitar os actores regionais a uma participação activa no processo, quer nos sistemas de saúde centralizados ao nível nacional quer nos sistemas caracterizados por uma ampla autonomia administrativa em diversos Estados-membros. Isto aplica-se em especial nos locais onde as funções dos sistemas de saúde pública e de cuidados de saúde são ainda diferenciadas entre organismos e esferas diferentes; as pessoas colectivas territoriais têm, dada a sua proximidade no terreno, um importante papel a desempenhar. Na verdade, os serviços sociais das colectividades asseguram missões de identificação, prevenção e orientação em particular para as populações frágeis ou em dificuldades;"

### **A LEI 159/99 E OS NUTRICIONISTAS**

A Lei 159/99 vem permitir que um técnico com uma visão multidisciplinar da saúde possa actuar a vários níveis no seio de uma autarquia, criando as condições para que exista um *Investimento na Saúde* dos cidadãos a nível local e se possa contabilizar os ganhos desse investimento.

Em muitos casos, os profissionais da saúde, conhecedores da mais valia deste tipo de intervenções comunitárias, são impedidos de desenvolver o seu trabalho nesta área devido à falta de formação e a pressões do próprio sistema de saúde onde estão integrados. O sistema, obrigado a dar respostas curativas prioritárias, as quais em muitos casos ainda não estão infelizmente resolvidas, dificulta a saída regular dos profissionais de saúde para o interior das comunidades, onde muitas vezes poderiam dar um contributo efectivo na prevenção de muitas situações. Fruto desta situação, o sistema de saúde manifesta com frequência uma incapacidade de realizar intervenções comunitárias de qualidade mobilizando a sociedade em torno de objectivos comuns. Sintomas desta incapacidade revelam-se na ausência de projectos de intervenção comunitária ou então na existência dos mesmos com problemas de concepção, nomeadamente na: subestimação da importância de conhecer a comunidade através de outros olhos antes de se iniciarem as actividades; na concentração das atenções sobre problemas e obstáculos e não sobre oportunidades e recursos; na incapacidade de recusar a participação em novos projectos e actividades apesar do excesso de trabalho existente; na utilização de uma abordagem vertical e individual; no menosprezo pela importância da participação da comunidade na elaboração de programas e projectos; na subestimação da importância e complexidade de se trabalhar, com, e, em, grupos interdisciplinares; no pouco tempo concedido ao planeamento a curto e longo prazo; na ausência ou má execução da avaliação dos projectos; e na ausência de canais de comunicação adequados para enviar e receber informações da comunidade, autoridades, media e outros grupos.

A nível da intervenção nutricional/alimentar estas dificuldades ainda se acentuam mais. Isto porque as intervenções efectivas em nutrição comunitária localizam-se numa série de pontos ao longo de uma linha situada entre o decisor político e o consumidor. No entanto, e com bastante frequência, estas acções são definidas apenas como pertencentes à esfera das relações imediatas entre as pessoas e a sua alimentação, por exemplo, na recolha de informação sobre consumo de alimentos/nutrientes, na tentativa de modificar práticas de armazenamento de alimentos, na educação alimentar, na terapêutica de certas doenças onde os alimentos jogam papel importante. Pode ainda incluir aconselhamento sobre normas básicas de higiene e sanidade dos alimentos. Porém a intervenção comunitária em nutrição tem de ser muito mais do que isto. Um nutricionista que apenas trabalhe directamente com os consumidores, não conseguirá grandes resultados. A incapacidade da comunidade agrícola regional em produzir/oferecer alimentos de qualidade, a desigualdade no acesso aos alimentos causada por redes de distribuição com posições dominantes no mercado, a incapacidade do comércio local em oferecer propostas alimentares atractivas, a perda da capacidade de confeccionar pratos de cariz regional de qualidade nutricional, a perda da riqueza cultural

inerente à diversidade gastronómica local, são apenas alguns exemplos capazes de causar problemas nutricionais e onde o Nutricionista deve intervir. Estas intervenções reflectem-se na coesão social, no estado de saúde e por fim na capacidade das comunidades locais gerarem riqueza e saberem administrá-la convenientemente. Uma redefinição do papel do Nutricionista, inserido no tecido local mas com uma capacidade de intervenção intersectorial, perto das populações mas longe dos constrangimentos criados pelo sistema de saúde, parece-nos essencial.

Assim, nesta área dos *Investimentos na Saúde* dos municípios parece-nos ser particularmente interessante e com grandes potencialidades de êxito a intervenção no sector da nutrição/alimentação por parte de técnicos especializados como o são os Nutricionistas. Por 3 motivos essenciais:

- 1) porque grande parte dos principais problemas de saúde da população Portuguesa (cancro, doença cardiovascular, diabetes, obesidade e osteoporose) resultam de uma interacção entre factores genéticos e ambientes, onde a alimentação desempenha um papel importante. Calcula-se que uma alimentação saudável, actividade física regular e a manutenção do peso corporal adequado possam prevenir 30-40 % dos casos de cancro e um terço das mortes prematuras por doença cardiovascular. A obesidade, que tem vindo a aumentar de forma preocupante na Europa, em especial entre crianças e adolescentes, está directamente relacionada com a ingestão alimentar e é responsável pelo aumento do risco em desenvolver hipertensão, hipercolesterolemia, enfarte do miocárdio, diabetes tipo II e certos tipos de cancro <sup>58-60</sup>;
- 2) porque sendo a alimentação um dos factores que mais influencia a saúde dos municípios, o seu bem-estar e a sua produtividade, o acesso a alimentos adequados e adaptados às necessidades de cada um pode contribuir para reduzir de forma acentuada as desigualdades na saúde, mas também as desigualdades sociais e económicas. O investimento na alimentação saudável, sendo um investimento central na saúde dos municípios é um investimento na economia humana da região, aumentando a coesão social, a sua capacidade produtiva e reduzindo os encargos financeiros resultantes de doença. Felizmente é possível, mesmo com orçamentos reduzidos construir ementas nutricionalmente equilibradas e adaptadas às necessidades de cada um. Mas para que tal aconteça são necessários investimentos nos conhecimentos e motivações das populações e nas condições do meio local que favoreçam o acesso a estes produtos ou serviços alimentares <sup>61</sup>. Estas condições ambientes podem ser claramente condicionadas por políticas locais na área dos transportes, do urbanismo, da cultura, da acção social, do ambiente ou da educação como o demonstram diversas experiências autárquicas a nível Europeu <sup>62</sup>;
- 3) porque existem no nosso país recursos humanos (Nutricionistas) com uma sólida formação em Intervenção Comunitária com capacidade de planear e avaliar intervenções na área da nutrição/alimentação, de trabalhar com a comunidade de forma inovadora e participar em projectos que envolvam os diversos "parceiros" locais capazes de influenciar o bem-estar nutricional das populações <sup>63</sup>. Estes profissionais, licenciados em Ciências da Nutrição, têm, à semelhança do que é proposto internacionalmente a capacidade de criar condições para que a mudança ocorra e se mantenha <sup>64</sup>.

## **O NUTRICIONISTA MUNICIPAL – SUAS FUNÇÕES**

O Nutricionista Municipal, terá de ser um técnico com a capacidade de: - identificar e avaliar problemas nutricionais nos diferentes grupos socio-económicos, profissionais, etários e outros, presentes na comunidade; - incluir aspectos nutricionais no desenvolvimento de políticas gerais de saúde; - preparar um plano de trabalho anual, que inclua objectivos específicos, estratégias, actividades, orçamento e um sistema de avaliação; - liderar um grupo interdisciplinar capaz de planear uma política de alimentação e nutrição para o município; - planear, organizar, implementar e avaliar programas de formação em nutrição destinados a profissionais de saúde, professores, fornecedores de alimentos e outras pessoas que, pela sua posição, possam contribuir para as acções em nutrição comunitária; - planear, organizar, implementar e avaliar, programas de educação nutricional para as escolas e público em geral; - produzir materiais de educação para a saúde que sirvam de apoio a várias actividades preventivas relacionadas com a nutrição; - estimular e contribuir para iniciativas da comunicação social sobre questões de alimentação e saúde; - negociar mudanças

na indústria alimentar, de acordo com as normas dietéticas e objectivos da política municipal sobre alimentação e nutrição; - negociar mudanças na estrutura das ementas, composição de refeições e preparação de pratos em cantinas e bufetes escolares, restaurantes, empresas fornecedoras de refeições, cantinas públicas e privadas e cozinhas hospitalares; - estabelecer um serviço de informação sobre saúde, alimentação e nutrição para profissionais de saúde e outros que trabalhem ao nível local; - ajudar a supervisionar e avaliar diversas actividades de prevenção, levadas a cabo pela Administração de Saúde Local; - manter ligação com outros "actores" locais com responsabilidades na alimentação de forma a implementar actividades de nutrição comunitária que resultem em investimentos na saúde; - supervisionar o trabalho efectuado por outros funcionários e estudantes, quando necessário; - avaliar a sua própria capacidade e a dos colegas para detectar necessidades suplementares de formação; - contactar universidades e outras instituições de ensino superior sobre as competências necessárias ao desempenho do trabalho em nutrição comunitária; e - manter-se actualizado sobre os resultados da investigação científica e seus progressos.

Estes Nutricionistas, com formação e vocação para intervir na comunidade, têm, a nível municipal, uma oportunidade única para, através do seu trabalho, irem de encontro ao que a Organização Mundial de Saúde preconiza desde a "Carta de Otawa" – "A saúde é criada nos locais onde as pessoas vivem, se amam, trabalham e se divertem" <sup>20</sup>.

### **O NUTRICIONISTA MUNICIPAL NO CONTEXTO LEGAL**

A figura do Nutricionista Municipal é, no contexto legal, uma realidade. Em 23 de Fevereiro de 2001, em resposta a uma exposição da Associação Portuguesa dos Nutricionistas (APN), o Secretário de Estado da Administração Local, informou não existir impedimento legal a que as autarquias criem nos respectivos quadros de pessoal a carreira de Nutricionista (adjectivação à carreira de conteúdo genérico técnica superior, do grupo de pessoal técnico superior). Segundo esta informação, o recrutamento poderá ser feito entre indivíduos habilitados com licenciatura em área de formação adequada ao conteúdo funcional do lugar a prover (alínea d) do nº 1 do artigo 4º do Decreto-Lei nº 404-A/98, de 18 de Dezembro, com a redacção que lhe foi dada pela Lei nº 44/99, de 11 de Junho, ou seja, licenciatura em Ciências da Nutrição. No actual panorama legal, nos termos do mapa I ao Decreto-Lei nº 248/85, de 15 de Julho (aplicável à administração local por força do nº 3 do artigo 2º), as exigências habilitacionais das carreiras do grupo de pessoal técnico superior são a licenciatura. Dispõe o nº 1 do artigo 6º do Decreto-Lei nº 247/87, de 17 de Junho (diploma que estabelece o regime das carreiras e categorias, bem como as formas de provimento, do pessoal das câmaras municipais, serviços municipalizados, federações e associações de municípios, assembleias distritais e juntas de freguesia), que os quadros de pessoal das entidades abrangidas pelo presente diploma, aprovados nos termos da lei, deverão ser estruturados tendo em conta: a concretização das áreas funcionais em que se inserem as diferentes carreiras ou categorias (alínea a)); a designação das carreiras de acordo com o mapa I anexo, ou, quando se trate de carreiras de conteúdo genérico, a respectiva adjectivação (alínea b). Assim, torna-se não só desejável mas legalmente possível, a existência de Nutricionistas Municipais. Dada a crescente exigência de descentralização e de intervenções autárquicas de grande qualidade na satisfação das necessidades de saúde e bem-estar das populações locais, espera-se que a "vontade política" dos autarcas possibilite o estabelecimento nos seus quadros de pessoal técnico com esta especialização.

### **AS EXPERIÊNCIAS DE VALONGO, VILA NOVA DE GAIA E CASTELO BRANCO**

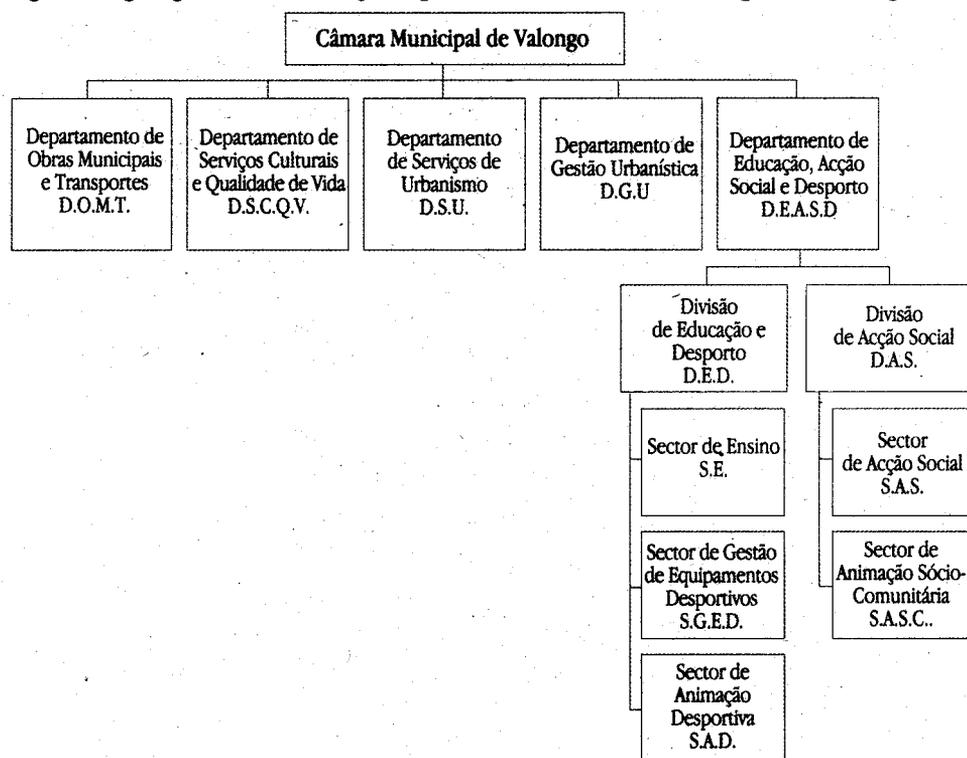
Apesar deste Decreto-Lei ser recente, algumas autarquias, pressentindo as possibilidades que se abriam na melhoria da saúde e bem-estar dos seus munícipes, rapidamente investiram nos serviços de Nutricionistas. Neste investimento inovador, encontramos os casos das Câmaras Municipais de Valongo, Vila Nova de Gaia e Castelo Branco. Descrevemos brevemente o que se passou nestes Municípios.

### **CÂMARA MUNICIPAL DE VALONGO (CMV)**

A Câmara Municipal de Valongo foi uma das Câmaras pioneiras nesta área ao recrutar um estudante finalista em Ciências da Nutrição em 1999. Entre Outubro de 1999 e Setembro de 2000, esta técnica desenvolveu o

seu trabalho na CMV, através de um estágio académico. A intervenção do Nutricionista que aqui se descreve decorreu no Departamento de Educação, Acção Social, e Desporto (Fig. 2).

Fig. 2 - Organigrama dos Serviços Operativos da Câmara Municipal de Valongo



### Na área da Educação:

- Privilegiou-se a intervenção ao nível do 1º ciclo do Ensino Básico e Pré - Escolar, em 2 freguesias (Campo e Sobrado) do Município. Aí fez-se a avaliação das condições hígio-sanitárias e funcionamento das cantinas escolares. Desta avaliação resultou a necessidade de ministrar formação dirigida às manipuladoras de alimentos destes estabelecimentos de ensino, tendo-se desenvolvido também diversas actividades e materiais de educação alimentar para as crianças entre os quais, manuais, jogos e canções.

### Na área da Acção Social, desenvolveu-se:

- campanha de sensibilização para "Hábitos de Vida Saudável", em conjunto com a equipa do Projecto Crescer, dirigida a crianças do 4º ano do 1º ciclo do Ensino Básico, de algumas escolas em todas as freguesias do Concelho;
- acção de formação dirigida aos técnicos que intervêm no programa do Rendimento Mínimo Garantido sobre "Alimentação Saudável", em colaboração com a Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto,
- acção de formação "Gestão Doméstica", dirigida a doze famílias carenciadas da freguesia de Campo, em acompanhamento pelo Projecto Crescer, Gestão Social da Câmara Municipal de Valongo e no âmbito do Rendimento Mínimo Garantido.

Em paralelo, e em colaboração com outra instituição da região - Centro de Acolhimento Temporário, "Mãe d'Água" da Santa Casa da Misericórdia de Valongo, desenvolveram-se as seguintes acções:

- Avaliação das condições de funcionamento geral da cozinha;
- formação;
- implementação da alimentação diversificada no plano alimentar dos bebés;
- avaliação dos hábitos alimentares e estado nutricional das crianças;
- desenvolvimento de actividades no âmbito da Educação alimentar.

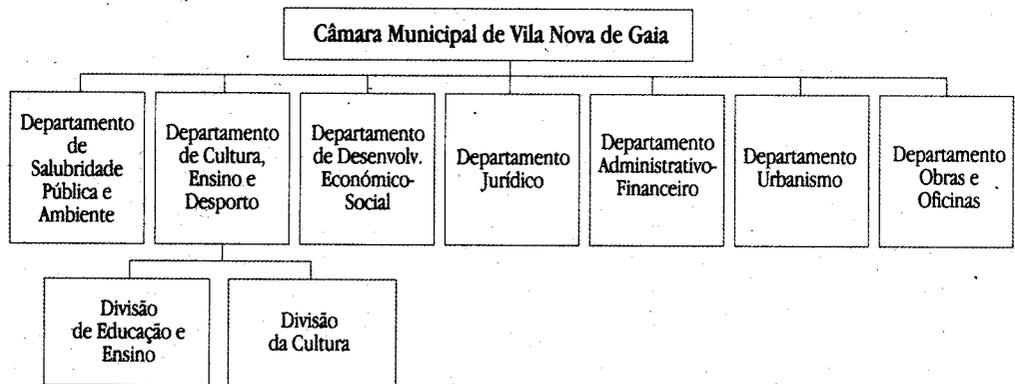
Apesar da curta duração da intervenção (11 meses) foi possível iniciar um vasto trabalho em várias áreas, envolvendo sempre a comunidade, os técnicos e as instituições que trabalham com ela. Foi realizada a avaliação da maioria das intervenções e nesta é possível verificar o impacto ao nível dos conhecimentos, atitudes e comportamentos dos municípios envolvidos <sup>65</sup>

### **CÂMARA MUNICIPAL DE VILA NOVA DE GAIA**

Desde Setembro de 1999, a Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, integra uma Nutricionista. Iniciou a sua actividade em regime de avença, tendo depois passado a contrato de trabalho a termo certo. Entretanto, em Junho de 2000, esta Câmara Municipal contratou mais uma técnica com esta especialização, dispondo neste momento de duas Nutricionistas a tempo inteiro.

Actualmente a intervenção é feita ao nível das Escolas do Ensino Básico do 1º Ciclo e Jardins de Infância.

**Fig. 3 - Organigrama dos Serviços Operativos da Câmara Municipal de V.N. Gaia**



A Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia tem ao seu cuidado um total de 103 escolas (E.B.1), das quais 86 possuem cantina. Destas, 70 estão concessionadas a uma empresa de restauração colectiva, 13 estão em auto-gestão e 3 estão em outras situações mistas.

A função inicial e principal das Nutricionistas foi o acompanhamento da gestão das respectivas cantinas escolares. Neste momento, a educação alimentar assumiu, também, um papel importante nas suas funções.

Em 1999/2000:

Foram negociadas com a empresa que geria os refeitórios escolares, as questões relacionadas com aspectos quantitativos e qualitativos das ementas e com a segurança alimentar, que não estavam devidamente esclarecidas no caderno de encargos em vigor.

Assim, foram desenvolvidas as seguintes actividades:

1. estudo da adequação das ementas à população escolar servida;
2. verificação do cumprimento das ementas;
3. verificação dos aspectos higio-sanitários e organização das cozinhas e despensas;
4. distribuição de uma ficha de avaliação e sugestões a preencher pela escola;
5. criação de um programa de Educação Alimentar "Saber Comer", do qual fez parte um concurso e uma acção de formação destinada às professoras do ensino básico do 1º ciclo e educadoras de infância.

Em 2000/2001:

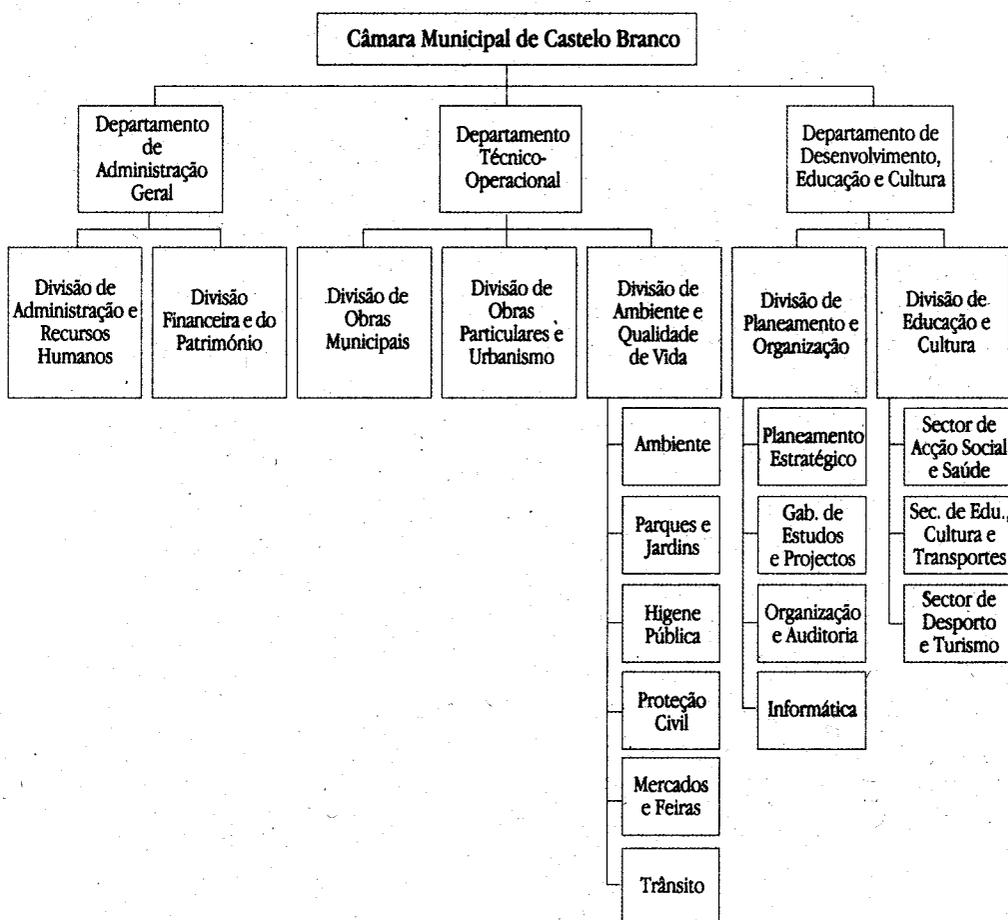
1. deu-se continuidade ao trabalho do ano anterior;
2. iniciou-se o apoio às cantinas em auto-gestão: avaliação de ementas e formação do pessoal de cozinha;
3. deu-se a introdução de novas actividades no âmbito do programa de Educação Alimentar "Saber Comer";
4. criou-se o "Projecto das Hortas Pedagógicas";
5. desenvolveram-se acções de formação com as crianças através de jogos e histórias;
6. fez-se a recolha de receitas tradicionais das freguesias do Concelho;
7. iniciou-se o processo de avaliação do estado nutricional e social dos alunos da E.B.1 da Serra do Pilar e do respectivo Jardim de Infância, que servirá de diagnóstico para posterior projecto de intervenção local.

O trabalho até agora desenvolvido na Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia envolveu a participação de todas as partes intervenientes quer no processo de funcionamento das cantinas, quer nos programas de avaliação do estado nutricional e educação alimentar, estando neste momento constituída uma equipa multidisciplinar para abordagem destes temas.

## CÂMARA MUNICIPAL DE CASTELO BRANCO (CMCB)

A Câmara Municipal de Castelo Branco acolheu em 1 de Outubro de 2000 uma estudante finalista em Ciências da Nutrição. O trabalho desenvolveu-se entre esta data e 29 de Junho de 2001. A intervenção do nutricionista decorreu na Divisão de Educação e Cultura, onde se inserem os sectores da Acção Social, Desporto, Turismo e Saúde.

Fig.4 - Organigrama dos Serviços da Câmara Municipal de Castelo Branco



Ao longo deste tempo teve a oportunidade de intervir em diferentes áreas, das quais se destacam as seguintes:

- Ensino - Escolas Básicas do 1º Ciclo e Jardins de Infância da Rede Pública da cidade de Castelo Branco. Este projecto de educação alimentar baseou-se em diferentes actividades de carácter lúdico subordinadas a temas de alimentação e nutrição inseridos nos programas curriculares dos alunos dos diferentes anos. Foram abrangidas seis escolas básicas de 1º ciclo e quatro jardins de infância, numa população total de cerca de 690 crianças;
- Desporto, através da participação e colaboração no jornal camarário destinado à cultura e desporto, no qual foram publicados alguns artigos relativos à alimentação do desportista.
- Gastronomia e produtos alimentares típicos da região da Beira Baixa, através de um Projecto de Roteiro Gastronómico da zona histórica da cidade de Castelo Branco. Este projecto onde se combinam as questões da gastronomia e alimentação saudável foi integrado no sector do Turismo da CMCB.

Estas foram as áreas fundamentais de trabalho, nas quais a intervenção decorreu de forma permanente. As actividades escolares foram avaliadas e verificou-se uma grande aceitação e melhoria dos conhecimentos acerca de questões relacionadas com alimentação. A necessidade deste tipo de actividades destinadas a captar a atenção dos mais novos para a aquisição de hábitos alimentares saudáveis foi apontada pela maioria dos professores e educadores abrangidos como um factor essencial na actual educação das crianças.

O Roteiro Gastronómico da zona histórica de Castelo Branco é um projecto que está ainda em fase de avaliação por parte da CMCB e que pretende promover e dinamizar a zona histórica a nível turístico, económico e cultural. Da mesma forma apela à promoção da saúde através da recuperação de hábitos alimentares assentes na tradição gastronómica da região.

## CONCLUSÕES

A recente vontade política da União Europeia em investir seriamente na saúde e na nutrição foi despertada, em parte, por alterações no sistema de produção, comercialização e consumo de alimentos. Parte visível dessas alterações, foram os diversos episódios de desconfiança na segurança higio-sanitária dos alimentos, que se traduziram em perdas financeiras maças para os agricultores e indústria alimentar Europeia. Este sentimento de quebra de confiança alargou-se às instituições políticas demonstrando a descoordenação e ineficácia destas em gerir situações deste tipo.

As alterações nos métodos de produção alimentar, com a introdução da manipulação genética, a enorme procura nos alimentos com nutrientes e outras substâncias adicionadas industrialmente (em parte devido à publicidade quanto ao seu efeito benéfico sobre a saúde) o enorme apelo público para a produção de alimentos em regimes menos intensivos e menos agressivos para o meio ambiente, a introdução das novas tecnologias de informação que tornaram o consumidor mais susceptível à informação e as alterações recentes nos acordos mundiais de comércio que vão permitir uma crescente liberalização do consumo alimentar no espaço Europeu, obrigam à transformação urgente das políticas alimentares e de saúde na região Europeia. Esta vontade política, de investir na saúde, enunciada no Tratado de Amsterdão, não nos parece transitória, pois é reforçada por diversos indicadores e trabalhos científicos que sugerem uma relação forte entre a alimentação saudável, a saúde e o bem estar social, cultural e económico das regiões. Estas relações são ainda mais evidentes nos países do Sul da Europa, onde os padrões alimentares tradicionais estão aliados a mais saúde e longevidade. Manter esses padrões alimentares saudáveis, significa revigorar a produção local de alimentos com a participação das comunidades rurais, manter as comunidades locais com níveis elevados de saúde, logo com maior produtividade, e ainda manter uma herança cultural que nos distingue mas também que nos pode referenciar como destino turístico.

Contudo, para que esta vontade política se traduza em acções concretas com impacte directo sobre as populações locais, são necessários agentes no terreno com capacidade técnica de a interpretar. Agentes com capacidade de intervenção, capazes de dinamizar e interligar os interesses dos "actores" locais envolvidos no fenómeno alimentar. Agentes capazes de proporcionar oportunidades de participação e integração dos municípios, permitindo a expansão dos seus direitos de cidadania. Este novo tipo de intervenção necessita de tempo e de uma integração progressiva dos Nutricionistas no seio das comunidades locais. No entanto, a qualidade das intervenções aqui descritas, em Valongo, Vila Nova de Gaia e Castelo Branco, deixam já adivinhar o enorme potencial de inovação e de qualificação que estes profissionais poderão trazer ao panorama da alimentação em Portugal nos próximos anos. Estamos pois em crer, que o aparecimento do Nutricionista Municipal, pela mão do poder autárquico, irá contribuir em muito para reforçar a imagem do poder local e da sua capacidade de melhorar a vida dos cidadãos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Barreto A. Portugal e a Europa: quatro décadas. In: Instituto de Ciências Sociais, ed. A Situação Social em Portugal 1960-1999. Lisboa: 2000:37-75.
2. INE. Censos 2001 - Resultados Preliminares. Destaque do INE. 22-6-2001. Lisboa, Instituto Nacional de Estatística.

3. Barreto A, Preto C, V. Indicadores de Evolução Social. In: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, ed. A Situação Social em Portugal, 1960-1995. Lisboa: 1996:63-155.
4. Batista L, V. Dominação Demográfica no Contexto do Séc. XX Português. *Sociologia - Problemas e Práticas* 1994;53-77.
5. Ferrão J. Três Décadas de Consolidação do Portugal Demográfico Moderno. In: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, ed. A Situação Social em Portugal 1960-1965. Lisboa: 1996:165-90.
6. Salgueiro TB. A modernização das estruturas de distribuição. Do Comércio à Distribuição - Roteiro de Uma Mudança. Oeiras: Celta Editora 1996:51-147.
7. Graça P. Dietary Guidelines and food nutrient intakes in Portugal. *British Journal of Nutrition* 1999; 81:S99-S103.
8. INE - Instituto Nacional de Estatística. Balança Alimentar Portuguesa 1980-1992. Lisboa: 1994.
9. INE - Instituto Nacional de Estatística. Balança Alimentar Portuguesa 1990-1997. Lisboa: 1999.
10. Lalonde, M. A New Perspective on the Health of Canadians . *Information Canada*. 1974. Ottawa.
11. Evans RG, Barcer ML, Marmot TR. Why are Some People Healthy and Others Not? New York: 1994.
12. Richard P. Health promotion: rhetoric and reality. In: Bunton R, Nettleton S, Burrows R, eds. *The Sociology of Health Promotion*. London: Routledge 1996:13-23.
13. Bartley M, Blane D, Montgomery S. Socioeconomic Determinants of Health; Health and the Life Course: Why Safety Nets Matter. *British Medical Journal* 1997;4:1194-6.
14. Blane D, Brenner E, Wilkinson RG. Health and Social Organization - Towards a Health Policy for the 21st Century. London: 1996.
15. Chu C. Integrating Health and Environment: The Key to an Ecological Public Health. In: Chu C, Simpson R, eds. *Ecological Public Health: From Vision to Practice*. Queensland, Australia: Watson Ferguson & Company 1994.
16. Levin SL, Ziglio E. Health Promotion as an Investment Strategy: Considerations on Theory and Practice. *Health Promotion International* 1996;11:33-40.
17. Levin SL, Ziglio E. Health Promotion as an Investment Strategy: A Perspective for 21st Century. In: M.Sidell, L.Johns, J.Katz, A.Peberdy, eds. London: MacMillan Press Ltd. 1997.
18. WHO. Health Promotion Glossary. WHO. WHO/HPR/HEP/98.1. 1998. Geneva.
19. Anderson, R. Health Promotion: An Overview. WHO Regional Office for Europe. 1983. Copenhagen. Technical Paper prepared for WHO.
20. World Health Organization, Health and Welfare Canada Canadian Public Health Association. Ottawa Charter for Health Promotion. 1986. Ottawa, Ontario, Canada.
21. WHO. The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion in the 21st Century. World Health Organization. 1997. Copenhagen.
22. Whitehead, M. Dahlgren G. and Diderichsen F. Social Inequalities in Health: What are the Issues for Health Promotion? 1998.
23. Whitehead MM. Where do we stand? Research and policy issues concerning inequalities in health and in healthcare. *Acta Oncol*. 1999;38:41-50.
24. Draper P, Best G, Dennis J. Health and Wealth. *Royal Society of Health Journal* 1997;3:121-6.
25. Labonte, R. Healthy Public Policy and The World Trade Organization. 13(3), 245-256. 1998. *Health Promotion International*.
26. Marmot, M. Improving the Social Environment to Improve Health. *Lancet*. 351(1), 57-60. 1998.
27. Wilkinson RG. *Unhealthy Societies*. London: 1996.
28. Kickbusch, I. Think Health: What Makes the Difference? Geneva: World Trade Organization, HPR HEP 4|CHP BR 93. 3. 21-25. 1997. Jakarta, Indonesia.
29. Key Issues for the New Millennium. Promoting Health - The Journal of Health Promotion for Northern Ireland 1998;34-7.
30. WHO. Producing and Sustaining Health: The Investment for Health Approach. The Verona Initiative - Arena Meeting 1, Verona. 1998. Copenhagen.
31. Health 21 - Health for all in the 21st Century. World Health Organization. nº 5. 1998. Copenhagen. European Health for All Series.
32. WHO. Health in Social Development. 1995. Copenhagen, World Health Organization. WHO Position Paper.
33. WHO. Intersectoral Action for Health: Addressing Concerns in Sustainable Development. 1997. Geneva, World Health Organization.
34. Webb K, Hawe P, Noort M. Collaborative intersectoral approaches to nutrition in a community on the urban fringe. *Health Educ Behav* 2001;28:306-19.
35. WHO. Investment for Health in Valencia Region: Mid-Term Report. 1996. Copenhagen, World Health Organization -Regional Office for Europe. Health Promotion and Investment Programme.
36. WHO. Investment for Health in Slovenia. 1996. Copenhagen, World Health Organization. Health Promotion and Investment

Programme.

37. WHO. Investment for Health in Hungary. 1997. Copenhagen: WHO - Regional Office for Europe. Health Promotion and Investment.
38. Ziglio, E and Hagar, S. Appraising Investment for Health Opportunities. World Health Organization. 1998. Copenhagen. Health Promotion and Investment Programme.
39. WHO. Benchmark I: System Characteristics. The Verona Initiative - Investing for Health in the Context of Economic, Social and Human Development. World Health Organization. 1999. Copenhagen. Health Promotion and Investment Programme.
40. WHO - Europe. Increased role of regions in health development in Europe. 2001. Copenhagen, WHO.
41. The WHO Healthy Cities Project. WHO - Regional Office for Europe. 1995. Copenhagen.
42. Building a healthy city: A practitioner's guide. World Health Organization. 1995. Geneva.
43. WHO Healthy Cities Project Office. City health planning: The framework. WHO - Regional Office for Europe. 1995. Copenhagen, WHO - Regional Office for Europe.
44. Draper, R. WHO Healthy Cities Project: review of the first five years (1987-1992): a Working tool and a reference framework for evaluating the project. WHO - Regional Office for Europe. 1993. Copenhagen.
45. Duhl, L. and Hancock, T. A guide to assessing Healthy Cities. WHO. Nº 3. 1988. Copenhagen. WHO - Healthy Cities Papers.
46. WHO Healthy Cities Project Office. Setting standards for WHO project cities: The requirements and the designation process for WHO project cities. WHO Healthy Cities Project Phase II (1993-1997). WHO - Regional Office for Europe. 1993. Copenhagen, WHO - Regional Office for Europe.
47. Trichopoulou A, Lagiou P. Healthy traditional Mediterranean diet: an expression of culture, history, and lifestyle. *Nutr.Rev.* 1997;55:383-9.
48. Pederson RM, Robertson A, de Zeeuw H. Food, health, and the urban environment. *Rev.Environ.Health* 2000;15:231-47.
49. Trichopoulou A, Vasilopoulou E. Mediterranean diet and longevity. *Br.J.Nutr.* 2000;84 Suppl 2:S205-S209.
50. de Almeida MD, Graça P, Lappalainen R et al. Sources used and trusted by nationally-representative adults in the European Union for information on healthy eating. *Eur.J.Clin.Nutr.* 1997;51 Suppl 2:S16-S22.
51. ANMP. Boletim nº79 - Edição Electrónica. Associação Nacional dos Municípios Portugueses . 1999.
52. ANMP. Boletim nº 80 - Edição Electrónica. Associação Nacional dos Municípios Portugueses . 2000.
53. U.S.Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, and National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. 1996. Atlanta.
54. Afonso C, Graça P, de Almeida M. Healthy lifestyles in Portugal: the urgent need to promote physical activity. *Public Health Nutrition* 2001;4:409.
55. Afonso, C. Actividade Física e Peso Corporal: contributo para o seu conhecimento numa amostra da população adulta Portuguesa. 2000. Tese de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/Faculdade de Medicina do Porto.
56. de Almeida M, Graça P, Afonso C, et al. Physical activity levels and body weight in a nationally representative sample in the European Region. *Public Health Nutrition* 1999; 2:105-13.
57. Esteves, J M. Turismo e Gastronomia. *Revista ARES VII(59)*, 8-14. 2000.
58. Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a global perspective. Washington: 1997.
59. Obesity - preventing and managing the global epidemic. 1998. Geneva, World Health Organization. WHO Consultation.
60. Ferro-Luzzi, A. and James, P. Diet and Health. European Parliament Scientific and Technological Options Assessment - Directorate General for Research. PE - Nº 166.481, 2-38. 1997. Brussels. STOA - Nutrition in Europe.
61. Byers T, Serdula M, Kuester S, Mendlein J, Ballew C, McPherson RS. Dietary surveillance for states and communities. *Am.J.Clin.Nutr.* 1997;65:1210S-4S.
62. Kennedy LA. Community involvement at what cost?—local appraisal of a pan-European nutrition promotion programme in low-income neighbourhoods. *Health Promot.Internation.* 2001;16:35-45.
63. Oshaug A. Onde se situar ? In: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, ed. Planeamento e Gestão em Nutrição Comunitária. Lisboa: 1996:5-13.
64. Landman J, Buttriss J, Margetts B. Curriculum design for professional development in public health nutrition in Britain. *Public Health Nutr.* 1998;1:69-74.
65. Alves, E. Valongo. 2001. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Tese de licenciatura.