

Qualidade de Vida
e
Cultura Alimentar



Conselho Editorial

ANA MARIA GIROTTI SPERANDIO
OPAS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CARLOS ROBERTO SILVEIRA CORREA
FCM, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

GUANIS DE BARROS VILELA JR
DEF, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA

JOSÉ ARMANDO VALENTE
IA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

LENIRA ZANCAN
ENSP, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

LEONARDO MENDES
FEEC, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

LIGIA MARIA PRESUMIDO BRACCIALLI
FFC, UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

LUIZ FERNANDO ROCABADO
OPAS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

LUIZ ODORICO ANDRADE
FM, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

CAPA E DIAGRAMAÇÃO
ALEX MATOS

REVISÃO
RENATO BASSO

<http://ipes.cemib.unicamp.br/ipes/editora>

Roberto Teixeira Mendes
Roberto Vilarta
Gustavo Luis Gutierrez
(Organizadores)

Qualidade de Vida e Cultura Alimentar

1ª Edição

IPES

Campinas
2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Q25 QUALIDADE DE VIDA E CULTURA ALIMENTAR / ROBERTO TEIXEIRA MENDES, ROBERTO VILARTA, GUSTAVO LUIS GUTIERREZ, ORGANIZADORES. -- CAMPINAS: IPÊS EDITORIAL, 2009.

176 PÁGINAS.

BIBLIOGRAFIA.

CDD - 613.71

ISBN: 978-85-98189-21-5

Índices para Catálogo Sistemático

1. Qualidade de vida. 2. Alimentos. 3. Hábitos alimentares.
 - I. Mendes, Roberto Teixeira. II. Vilarta, Roberto.
 - III. Gutierrez, Gustavo Luis. IV. Título.

Nenhuma parte desta publicação pode ser gravada, armazenada em sistema eletrônico, fotocopiada, reproduzida por meios mecânicos ou outros quaisquer sem autorização dos editores.

Sumário

Apresentação.....	9
Alimentação, Condições de Saúde e Fatores de Risco para Adoecimento dos Funcionários da Universidade Estadual de Campinas	11
PATRÍCIA ASFORA FALABELLA LEME	
ARLETE DE SOUZA BARROS	
MARIA DAS GRAÇAS FREITAS DE AQUINO	
TERESA HELENA PORTELA FREIRE DE CARVALHO	
Risco Cardiovascular, Nutrição e Qualidade de Vida.....	23
LUCIANA SALES PURCINO	
PATRÍCIA ASFORA FALABELLA LEME	
Alimentação e Promoção da Saúde entre Trabalhadores de Mercado Hortifrutigranjeiro.....	31
MARIA INÊS MONTEIRO	
JUHANI ILMARINEN	
KAJJA TUOMI	
JORMA SEITSAMO	
EVA TUOMINEN	
HELENO RODRIGUES CORRÊA FILHO	
Nutrição, Substantivo Feminino.....	39
ANGELA MARIA BACHA	
FLÁVIA COSTA PELLIZZON	
JULIANA MONTEBELO GONÇALVES	
OSWALDO DA ROCHA GRASSIOTTO	
Comer: uma Questão de Identidade Corporal.....	49
ÂNGELA NOGUEIRA NEVES BETANHO CAMPANA	
MARIA DA CONSOLAÇÃO GOMES CUNHA FERNANDES TAVARES	
Comentários Sociológicos da Cultura Alimentar.....	59
MARCO ANTONIO BETTINE DE ALMEIDA	
GUSTAVO LUIS GUTIERREZ	
ROBERTO VILARTA	

Evolução do Conhecimento Científico das Doenças Crônicas não Transmissíveis e sua Relação com a Cultura Alimentar.....	69
DANIÉLA OLIVEIRA MAGRO	
Considerações sobre Estado Climatérico, Qualidade de Vida e Cuidados Nutricionais	79
LUIZ OTÁVIO CHAIN CAMPANA	
LUCIANA SALES PURCINO	
Cultura Alimentar e Qualidade de Vida no Trabalho na Universidade Estadual de Campinas.....	89
ESTELA DALL’OCA TOZETTI MADI	
MARIA DO ROSÁRIO ALMEIDA ROCHA	
VIVIANE SILVA COENTRO	
CARLOS RENATO PARAIZO	
Contribuições Teóricas da Obra de Pierre Bourdieu à Educação Nutricional	97
RENATO FRANCISCO RODRIGUES MARQUES	
GUSTAVO LUIS GUTIERREZ	
Aspectos Nutricionais em Trabalhadores de uma Empresa de Tecnologia da Informação.....	107
SOLANGE APARECIDA FAGG ION	
MARIA INÊS MONTEIRO	
(Re)construindo Hábitos para uma Melhor Qualidade de Vida: da Alimentação Saudável e para Todos ao Descarte Consciente	117
ANDRÉ LUIZ PAPALÉO	
GUSTAVO LUIS GUTIERREZ	
Da academia à Política Pública: O caso da Mensuração da Insegurança Alimentar no Brasil.....	127
ANA MARIA SEGALL CORRÊA	
Influências Culinárias e Diversidade Cultural da Identidade Brasileira: Imigração, Regionalização e suas Comidas.....	137
JAQUELINE GIRNOS SONATI	
ROBERTO VILARTA	
CLELIANI DE CASSIA DA SILVA	

Trabalho de Jovens: um Árduo Caminho para a
Superação da Pobreza?..... 149

MARIA INÊS MONTEIRO

ÉLIANE PINTO GÓES

Apontamentos Preliminares para uma
História da Filosofia da Comida..... 157

CLAUDIA DRUCKER

Estudo do Conceito e Percepção de Segurança Alimentar e
Nutricional entre os Guarani no estado de São Paulo..... 167

MARTA MARIA AZEVEDO

ANA MARIA SEGALL CORRÊA

MARIA BEATRIZ ROCHA FERREIRA

Apresentação

O termo *Qualidade de Vida* tem sido relacionado à integração de duas concepções. Uma delas, estruturada no aspecto da subjetividade, contempla as nuances da vida percebidas pela pessoa sobre suas condições físicas, emocionais, sociais e espirituais. A outra, de face objetiva, espelha as condições materiais ou da vida de relações entre a pessoa e o meio ambiente, incluída a própria sociedade.


A elucidação das questões relacionadas com a *Nutrição Humana e a Cultura Alimentar* ganham destaque nos debates acadêmicos e na própria mídia, sendo consideradas importantes para a compreensão de aspectos da promoção da saúde, prevenção das doenças e melhoria da qualidade de vida.

Os apontamentos mais recentes do meio acadêmico sobre a Cultura Alimentar têm considerado vários aspectos históricos, biológicos, filosóficos e sociais como as pressões materiais impostas pelo estresse do cotidiano, o valor cultural e simbólico do alimento, as mudanças alimentares em virtude da aquisição material e acesso aos bens; as condições de vida e estilo de vida das populações, a preservação dos sentidos que os alimentos estimulam; o ato da busca, da escolha, do consumo, assim como as proibições do uso de certos alimentos entre grupos sociais e religiosos; as facilidades de intercâmbio entre nações, as peculiaridades culinárias segundo a disponibilidade dos ingredientes e modo de vida, as orientações sobre a alimentação saudável e o controle do peso corporal, as ações da educação para a saúde e o ensino de habilidades para a vida, o fortalecimento da colaboração entre os serviços de saúde e de educação visando a promoção integrada da saúde, da alimentação e nutrição saudável, do lazer e da atividade física.

Este livro, organizado pelos Profs. Drs. Roberto Teixeira Mendes, Roberto Vilarta e Gustavo Luis Gutierrez, traz para discussão a relação entre a cultura alimentar e a qualidade de vida com abordagens dimensionadas a partir de linhas conceituais das ciências humanas e biológicas, refletidas pelas experiências de profissionais da área da saúde e pesquisadores envolvidos com o estudo, ensino, formação e atuação interdisciplinar. Aborda aspectos específicos sobre a cultura alimentar e qualidade de vida no ambiente de trabalho, as contribuições teóricas da obra de Pierre Bourdieu à educação nutricional, apontamentos da história da filosofia da comida, a alimentação saudável e o descarte consciente, influências culinárias e diversidade cultural da identidade brasileira, imigração, regionalização e suas comidas, o estudo do conceito e percepção de segurança alimentar e nutricional em grupos indígenas, políticas públicas e a mensuração da insegurança alimentar, risco cardiovascular, nutrição no ciclo da vida da mulher, alimentação e identidade corporal, doenças crônicas não transmissíveis e sua relação com a cultura alimentar, estado climatérico, qualidade de vida e cuidados nutricionais.


Esperamos que estes conteúdos possam estimular a discussão sobre a temática da qualidade de vida e promover aplicações específicas no campo da nutrição, alimentação e compreensão no campo da cultura alimentar.

Roberto Vilarta
Professor Titular em Qualidade de Vida,
Saúde Coletiva e Atividade Física



Capítulo 1

**Alimentação, Condições de Saúde e
Fatores de Risco para Adoecimento dos
Funcionários da Universidade
Estadual de Campinas**



PATRÍCIA ASFORA FALABELLA LEME
MÉDICA CARDIOLOGISTA E DIRETORA TÉCNICA MÉDICA – CECOM –
UNICAMP

ARLETE DE SOUZA BARROS
ENFERMEIRA – DGRH – GT QVT / PRDU

MARIA DAS GRAÇAS FREITAS DE AQUINO
ADMINISTRADORA, ASSESSORA TÉCNICA – PREFEITURA UNICAMP

TERESA HELENA PORTELA FREIRE DE CARVALHO
PEDAGOGA, ASSESSORA TÉCNICA – CECOM – UNICAMP

Em 2002, a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) iniciou a discussão do seu Planejamento Estratégico. “Qualidade de Vida” compõe, junto com Ensino, Pesquisa, Extensão e Administração, as cinco áreas estratégicas do planejamento de 2004 – mantido em 2008 – no mesmo nível de importância que as demais áreas. Tem como objetivo “criar condições para o crescimento pessoal e profissional, focado no compromisso com a instituição e com a sociedade, gerando um ambiente interno propício à humanização das relações de trabalho e ao convívio social e cultural” (PLANES UNICAMP, 2004 e PLANES UNICAMP, 2008).

A Pró-Reitoria de Desenvolvimento Universitário (PRDU) assumiu em 2005 a responsabilidade pelo objetivo estratégico “integrar as ações que proporcionem qualidade de vida no trabalho (QVT)” (PLANES PRDU, 2005) e, para tanto, instituiu um Grupo de Trabalho (GT) específico composto por órgãos da universidade, cuja missão encontra-se estreitamente ligada a essa questão. Inspirado por Albuquerque e Limongi França (2003), essa equipe vem desenvolvendo uma trajetória que considera QVT “o conjunto de ações de uma instituição, composto por diagnóstico e implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais, dentro e fora do ambiente de trabalho, que visam propiciar condições plenas de desenvolvimento humano”. A partir desse entendimento, o GT apresentou à PRDU uma proposta de Política institucional de QVT em suas principais dimensões: saúde física e mental; sócio-cultural; meio-ambiente; aprendizagem e espiritualidade.

Não por acaso, foi eleita a dimensão saúde física para ser o alvo da primeira investigação baseada em metodologia científica, na modalidade de uma pesquisa de campo. Essa opção deve-se fundamentalmente às preocupações inerentes ao atendimento à saúde do trabalhador da Universidade, instituição que já adentrou a quarta década de existência. Uma comunidade de colaboradores que avança na maturidade biológica e convive com os desafios da sociedade contemporânea como os processos extremamente complexos de urbanização e industrialização que afetam sobremaneira o estilo de vida.

Os resultados da Pesquisa “Condições de Saúde dos Trabalhadores da UNICAMP” (BARROS *et al.* 2008), mediante a identificação das práticas de saúde e dos fatores determinantes à situação de adoecimento, possibilitaram o reconhecimento da necessidade de uma intervenção profunda no atual modelo de atenção à saúde dos trabalhadores.

O desafio que se impõe, no momento, é aglutinar e qualificar as parcerias no planejamento e realização de ações que por um lado atendam à situação mapeada pela pesquisa e, por outro, avancem no sentido da promoção da saúde e prevenção das doenças, construindo um novo modelo de gestão da saúde ocupacional.

Metodologia da Pesquisa “Condições de Saúde dos Trabalhadores da UNICAMP”

O Grupo “Qualidade de Vida no Trabalho – Dimensão Saúde Física” foi criado em setembro de 2007 e iniciou imediatamente a elaboração da referida pesquisa, que contou com um formulário próprio de coleta de dados com 30 perguntas e três grandes seções: dados pessoais e práticas de saúde; dados profissionais e dados sobre o estado de saúde atual do funcionário.

A população de funcionários de todas as carreiras foi considerada para o estudo na data-base fixada de 30 de abril de 2008, conforme banco de dados da Diretoria Geral de Recursos Humanos (DGRH), da UNICAMP. Esse total foi de 11.663 servidores, distribuídos em 2.083 “Docentes” e 9.580 “PAEPE (Profissionais de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão) e demais carreiras”. Observe-se que foram excluídos funcionários aposentados, bolsistas, estagiários, patrulheiros, monitores, residentes médicos e voluntários.

Em relação à área física de atuação, a população do estudo foi agrupada por *campi*, a saber:

- Funcionários “Docentes”: *Campi* de Barão Geraldo, Limeira e Piracicaba, e Colégio Técnico de Campinas (COTUCA)
- Funcionários “PAEPE e outros”: – Campus de Barão Geraldo excluindo a área de saúde; Campus de Barão Geraldo somente área de saúde – Hospital de Clínicas (HC), Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (CAISM), Centro de Saúde da Comunidade (CECOM), Gastrocentro, Hemocentro, Centro Integrado de Pesquisas Onco-hematológicas na Infância (CIPOI) e Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto” (CEPRE); Centro Pluridisciplinar de Pesquisas Químicas, Biológicas e Agrícolas (CPQBA); COTUCA; Limeira e Piracicaba.

A metodologia probabilística utilizada na pesquisa foi a da amostragem estratificada, que resulta em estimativas com menor variabilidade. Também foi usado o conceito de variância máxima e, ao final, obteve-se uma margem de erro de 3% para o Grupo Docentes e de 2% para o Grupo PAEPE e demais carreiras.

O cálculo do tamanho da amostra resultou em $n_{\text{Docente}}=884$ e $n_{\text{PAEPE}}=1919$. Todos foram convidados a participar, e os 1.834 respondentes asseguraram a margem de erro acima citada, conferindo credibilidade aos resultados.

O presente artigo faz uma reflexão acerca da correlação entre cultura alimentar, condições de saúde e fatores de risco para adoecimento, utilizando-se para isso os resultados da pesquisa supramencionada; o seu objetivo principal é o de alertar para a importância da mudança dessa cultura como fator decisivo para a melhoria da saúde e da qualidade de vida.

Resultados e Discussão

A pesquisa “Condições de Saúde dos Trabalhadores da UNICAMP” (BARROS *et al.* 2008) revelou que *70% dos funcionários da universidade possuem idade superior a 40 anos*. A idade é considerada um fator de interesse relevante para a qualidade de vida das pessoas, considerando-se que a exposição prolongada a condições inadequadas (*hábitos alimentares, sedentarismo, excesso de peso e tabagismo*) predispõe ao aparecimento de agravos não-transmissíveis, que incluem doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabete melito, obesidade, câncer e doenças respiratórias (OPAS, 2003).

Destacando-se a qualidade dos hábitos alimentares e a possibilidade de se tornarem fatores de proteção ou de adoecimento, dados científicos indicam que: a) Alguns tipos de alimentos, se consumidos regularmente durante longos períodos de tempo, parecem favorecer o processo de desenvolvimento do câncer – principalmente câncer de mama, cólon-retal, próstata, esôfago e estômago; nesse grupo estão incluídos os alimentos ricos em gorduras, aqueles que contêm níveis significativos de agentes cancerígenos (picles, salsichas

e outros embutidos) e aqueles que são impregnados pelo alcatrão proveniente da fumaça do carvão, como os defumados e churrascos, além da alimentação pobre em fibras. Por outro lado, bons hábitos alimentares podem ajudar a reduzir os riscos do desenvolvimento de câncer, como o consumo frequente de frutas (principalmente as cítricas), verduras, legumes e cereais integrais (INCA 2009); b) O consumo abusivo de sal configura-se um fator de risco para o surgimento de hipertensão arterial (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2006); e c) O excesso de peso aumenta a chance de surgimento tanto de hipertensão como de diabete melito (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2006).

Vale a pena frisar que a alimentação saudável somente funcionará como fator protetor quando adotada constantemente, no decorrer da vida. Portanto, embora uma boa alimentação deva estar presente em todas as fases da vida, à medida que a idade avança o cuidado com os hábitos alimentares deve ser redobrado.

Outro dado relevante referiu-se ao *consumo de frutas e verduras*. O Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde recomenda o consumo de três porções de frutas e três porções de verduras e legumes por dia (BRASIL, 2005), e a Associação Americana do Coração recomenda a ingestão variada de frutas, verduras e legumes para a prevenção de doenças cardiovasculares (AHA, 2009); contudo, os resultados da pesquisa presumiram um consumo diário inferior ao recomendado, salientando-se ainda, que 10 a 15% da amostra referiu consumir frutas, verduras e legumes *apenas* de 3 a 5 vezes na semana. É fato que, atualmente, observa-se um padrão alimentar caracterizado pelo alto consumo de alimentos de origem animal, de açúcares, óleos e farinhas refinadas, e um baixo consumo de cereais integrais, legumes, verduras e frutas (WHO, 2004).

De acordo, ainda, com o Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde, *a água é um nutriente essencial*, pois carrega o potássio e o sódio e alimenta todos os sistemas do corpo, particularmente o sistema digestivo e

os rins. Seu consumo recomendado é de no mínimo 2 litros por dia (de 6 a 8 copos), preferencialmente entre as refeições. Em nossa pesquisa, apenas 13% referiram ingerir mais que 2 litros por dia.

Refletindo-se acerca dos dados obtidos através das informações de peso e altura dos Respondentes – com cálculo adjacente do Índice de Massa Corporal (IMC), a *amostra pesquisada na UNICAMP aponta para 52,4% da população de funcionários com peso acima do padrão saudável*, sendo que destes, 16,2% apresentam algum grau de obesidade com risco variando entre alto, muito alto e extremo. A taxa de prevalência de excesso de peso no Brasil, segundo dados mais atualizados do DATASUS, é estimada em 41% para o Estado de São Paulo. Esse número cresce, no entanto, a partir dos 50 anos, podendo chegar a 61,1%.

As consequências graves associadas ao excesso de peso são as doenças cardiovasculares, diabete tipo 2 e certos tipos de câncer, como o de esôfago, cólon-retal, mama, endométrio e rim. O excesso de peso também está associado a diversas condições debilitantes que afetam a qualidade de vida tais como osteoartrite, problemas respiratórios (dispneia, apneia do sono), problemas músculo-esqueléticos, problemas dermatológicos (intertrigo, linfedema), distúrbios menstruais e, no homem, esterilidade e impotência.

Segundo Damiani (2000), a etiologia da obesidade é nitidamente multifatorial e esse aumento de sua incidência nos últimos anos tem sido explicado pelos sociólogos e nutrólogos pelos *fatores nutricionais inadequados (excessivo consumo de lanches, guloseimas, etc)*, associados a um excessivo sedentarismo (TV, vídeo-games, etc); essas modificações no estilo de vida podem derivar-se do processo de urbanização ocorrido em muitos países no último século (Popkin, 1999).

A reeducação alimentar e a prática de atividades físicas devem ser consideradas estratégias para controle dessa pandemia mundial que se tornou a obesidade. Por outro lado, o acompanhamento médico para o diagnóstico e tratamento de condições associadas ao excesso de peso (possíveis causas e consequências), podem reduzir a sua morbimortalidade. A parceria atividade física e alimentação balanceada é altamente recomendada

por autoridades nacionais e internacionais ligadas à saúde, sendo ambos os fatores essenciais na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (Brasil, 2005; WHO, 2004).

Segundo as Diretrizes de Atividade Física e Saúde da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (2001), “o sedentarismo é condição indesejável e representa risco para a saúde; há expressiva associação entre estilo de vida ativo, menor possibilidade de morte e melhor qualidade de vida; os indivíduos fisicamente aptos e/ou treinados tendem a apresentar menor incidência da maioria das doenças crônico-degenerativas, explicável por uma série de benefícios fisiológicos e psicológicos, decorrentes da prática regular da atividade física”. As mesmas diretrizes recomendam que “os profissionais da área de saúde devem combater o sedentarismo ..., conscientizando as pessoas a esse respeito e estimulando o incremento da atividade física ...”.

Um levantamento epidemiológico da atividade física da população da cidade de São Paulo (MELLO, *et al.* 1995) revelou que somente 31,3% dos entrevistados estavam engajados em algum tipo de atividade física, e que indivíduos engajados em atividades físicas regulares apresentavam menor incidência de queixas relativas à insônia e à sonolência excessiva que os sedentários.

O item “*declaração da prática de atividades físicas*”, contido na pesquisa em questão, revelou um percentual significativo de 53% das respostas afirmativas, demonstrando tomada de consciência sobre a importância da prática contínua de atividades físicas. No entanto, permanece a preocupação diante dos 47% que *não* praticam nenhum tipo de atividade física, com motivo mais declarado de que “*não há tempo*”. Nesses indivíduos se percebe a ausência de uma consciência corporal, isto é, de que o nosso corpo existe para se mexer (movimentação além daquela que já é praticada no dia a dia) e não apenas para reproduzir movimentos repetitivos.

A importante relação entre o sedentarismo e a obesidade, bem dissertada por Negrão *et al.* (2000), conclui que “a prática regular de exercício físico, apesar de não provocar uma perda de peso corporal tão intensa quanto a dieta hipocalórica, preserva a massa magra e evita o ganho de peso. Além disso, essa prática

regular constitui-se em um benefício independente nas várias comorbidades da obesidade, notadamente na hipertensão arterial, hiperglicemia e resistência à insulina. Dessa forma, um estilo de vida ativo, com conseqüente aumento da capacidade física, pode atenuar o risco de morbidade e mortalidade em indivíduos com sobrepeso ou obesos”.

Com base na prevalência crescente do sobrepeso/obesidade no país, o Ministério da Saúde produziu os dez passos para o peso saudável dentro do *Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Adequada e do Peso Saudável*, cujos objetivos são: (1) aumentar o nível de conhecimento da população sobre a importância da promoção à saúde e de se manter peso saudável e de se levar uma vida ativa; (2) modificar atitudes e práticas sobre alimentação e atividade física; (3) prevenir o excesso de peso. Os sete primeiros passos estão relacionados à dieta e os três últimos ao incentivo a se ter uma vida mais ativa.

Com a pergunta “*Você faz algum acompanhamento médico?*”, a pesquisa detectou que *apenas pouco mais da metade (65,2%) dos funcionários da universidade responderam positivamente*. Tendo em vista que muitas doenças são silenciosas (podem não apresentar sintomas), o *ideal* como resposta deveria ser algo em torno dos 100%.

Quando questionados sobre os motivos do acompanhamento médico, *32,1% relataram fazer seguimento por alterações do colesterol*, tipo de gordura proveniente em parte pela produção endógena do fígado e em parte pela ingestão de certos tipos de alimento. Se por um lado o colesterol é vital para a formação das membranas das células do corpo e para a produção de hormônios, por outro lado pode contribuir para o depósito de placas de gordura no interior dos vasos sanguíneos, causando a sua obstrução. O aumento do LDL-colesterol – chamado de “colesterol ruim” – em conjunto com outros fatores de risco como hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo e herança familiar, podem aumentar a chance de infarto e derrame cerebral.

As principais fontes alimentares de LDL-colesterol são as gorduras de origem animal, como carnes vermelhas gordas, laticínios integrais, queijos amarelos, embutidos, frituras, entre outras. As alterações do colesterol também são silenciosas,

aparecendo sintomas apenas quando já existem graus severos de obstrução das artérias acometidas. Dessa forma, faz-se necessária a realização periódica de exames de níveis de colesterol na idade adulta, ou antes – se houver história familiar de aumento de colesterol ou doença cardiovascular precoce –, além da abordagem nutricional preventiva e transformadora das alterações dos lípides sanguíneos.

30% dos funcionários participantes da pesquisa relataram fazer acompanhamento médico por hipertensão arterial. Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006), é sabido que a elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares. Entre os fatores de risco para mortalidade, a hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral (derrame) e 25% daquelas por doença coronariana (infarto).

Inquérito domiciliar realizado em 17 capitais brasileiras entre 2002 e 2005 pelo Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer mostrou prevalência de hipertensão arterial que variou de 21,6% (Belém) a 31% (Rio de Janeiro).

A hipertensão arterial está associada ao consumo elevado de sal e bebidas alcoólicas, excesso de peso, sedentarismo e hereditariedade.

O seu caráter silencioso exige medidas regulares da pressão arterial para que seja descoberta e bem controlada. Programas que incluam mudanças nos hábitos de vida (com prática de exercícios, reeducação alimentar, perda de peso) e uso adequado das medicações prescritas podem reduzir a chance de complicações como o derrame cerebral e o infarto, garantindo a qualidade de vida do paciente hipertenso.

13% dos participantes da pesquisa que relataram fazer acompanhamento médico o fazem por diabetes mellitus.

No final da década de 80, estimou-se em cerca de 8% a prevalência de diabetes em adultos (30-69 anos) residentes em nove capitais brasileiras (variando de 5,2 % em Brasília a 9,7 % em São Paulo). Esse percentual aumentou progressivamente com a idade, chegando a 25,2% nos maiores de 60 anos.

Estima-se que o Brasil, com população em torno de 4,9 milhões de adultos diabéticos em 1995, terá cerca de 11,6 milhões deles em 2025.

As doenças cardiovasculares e o diabetes contribuem com substancial parcela dos óbitos e da morbidade por doenças crônicas entre adultos e idosos no Brasil. O diabetes tipo 2 é uma das dez principais causas de morte no mundo. A alta morbimortalidade associada ao diabetes é um importante fator de restrição da qualidade de vida. O diabetes é potente preditor da mortalidade prematura, que tem como causas principais a doença cardiovascular e a insuficiência renal.

Reconhecendo o diabetes como uma doença silenciosa em seus estágios iniciais, torna-se relevante educar a população quanto à necessidade da realização periódica de exames que possam detectá-lo (por ex., a glicemia de jejum), além de garantir o acesso a serviços de saúde que o realizem e possam oferecer atenção ao seu tratamento. Essas medidas, diagnóstico precoce e tratamento eficaz, podem reduzir substancialmente a chance das complicações supracitadas.

No entanto, é ainda de maior impacto cuidar para que não apareçam novos casos de diabetes, principalmente através do controle do peso, alimentação adequada e prática regular de atividades físicas.


Considerações Finais

A pesquisa “Condições de Saúde dos Trabalhadores da UNICAMP”, ao caracterizar as condições de saúde física da população em estudo, da identificação dos fatores determinantes à situação de adoecimento e de proteção à saúde e prevenção de doenças, possibilitará a reflexão conjunta e o desenvolvimento de parcerias necessárias ao planejamento de ações, entre elas a mudança da cultura alimentar com foco na qualidade de vida no trabalho.

Referências

- ALBURQUERQUE, LIMONGI-FRANÇA. *Estratégia de Recursos Humanos e Gestão de Qualidade de Vida no Trabalho: Curso Avançado de Gestão Empresarial em Qualidade de Vida*: FEA/USP, 2003.
- American Heart Association (AHA), Site oficial. Disponível em: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4704>. Acesso em 04/02/2009.
- BARROS, A. S. et al. Pesquisa: “Condições de Saúde dos Trabalhadores da UNICAMP”, *Primeiros Resultados e Análise, Qualidade de Vida no Trabalho*, Pró Reitoria de Desenvolvimento Universitário, UNICAMP, Campinas, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 236p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 163-177, 2000.
- DAMIANI, D. Obesidade na Infância e Adolescência – Um Extraordinário Desafio! *Arq Bras Endocrinol Metab* vol 44 n° 5 Outubro 2000.
- INCA (Instituto Nacional do Câncer), site oficial. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=18. Acesso em 27/01/2009.
- MELLO, M.T. et al. *Levantamento epidemiológico da prática de atividade física na cidade de São Paulo*. Disponível em: <http://www.scf.unifesp.br/artigos/levantamento%20epidemiologico%20atividade%20fisica.doc>. Acesso em 01/02/2009.
- Ministério da Saúde. *10 passos para o peso saudável*. <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 01/02/2009.
- Negrão, C. E. et al. O Papel do Sedentarismo na Obesidade. *Rev Bras Hipertens* 2000;2:149-55.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) – *Organização Mundial da Saúde, Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*, 2003.
- PLANES – *Planejamento Estratégico: missão, princípios, valores, visão, estratégias*: Planes / Universidade Estadual de Campinas, Coordenadoria Geral da Universidade – Campinas, SP, 2004.
- PLANES – *Planejamento Estratégico dos órgãos da Pró-Reitoria de Desenvolvimento Universitário* – Campinas, SP: UNICAMP/PRDU, 2006.

- PLANES RELATÓRIO DGRH, *Indicadores, Resultados e Serviços, Diretoria Geral de Recursos Humanos*, Pró-Reitoria de Desenvolvimento Universitário, Campinas, 2008.
- Popkin, B.M. Urbanization, lifestyle changes and the nutrition transition. *World Development* 1999; 27:1905-16.
- Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. *Atividade Física e Saúde*, 2001. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/017.pdf Acesso em 01/02/2009.
- Sociedade Brasileira de Diabetes, Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev. bras. hipertens*;13(4):260-312, out.-dez. 2006.. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/diabetes/prediab.php>. Acesso em 28/01/2009.
- WHO. World Health Organization. *Global strategy on diet, physical activity and health*. Fifty-seventh world health assembly. [WHA57.17]. May 22, 2004.



Capítulo 2

**Risco Cardiovascular, Nutrição e
Qualidade de Vida**



LUCIANA SALES PURCINO

PÓS-GRADUADA EM NUTRIÇÃO HOSPITALAR EM
CARDIOLOGIA PELO INCOR-HC-FMUSP
NUTRICIONISTA DO CECOM/UNICAMP

PATRICIA ASFORA FALABELLA LEME

MÉDICA CARDIOLOGISTA E DIRETORA TÉCNICA
MÉDICA DO CECOM
GT-QVT / PRDU

Durante os últimos trinta anos, presenciamos um declínio razoável da mortalidade por causas cardiovasculares em países desenvolvidos, enquanto elevações relativamente rápidas e substanciais têm ocorrido em países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil. Os dados mais recentes do DATASUS (2005) revelam que as doenças circulatórias são a principal causa de morte entre os brasileiros, representando 31,5% da mortalidade proporcional por grupo de causas.

Além do ônus óbvio da mortalidade, as doenças cardiovasculares (DCV) também são responsáveis por altos índices de morbidade. Estudo recente realizado por AZAMBUJA *et al.* (2008) observou que aproximadamente dois milhões de casos de DCV grave foram relatados em 2004 no Brasil, representando 5,2% da população acima de 35 anos de idade. Os custos anuais totais para cada caso de DCV grave foram significativos (o custo anual foi de, pelo menos, R\$ 30,8 bi-

lhões – 36,4% para a saúde, 8,4% para o seguro social e reembolso por empregadores e 55,2% como resultado da perda de produtividade).

Cerca de 75% das doenças cardiovasculares (infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral) podem ser atribuídas aos seus principais fatores de risco: colesterol alto, hipertensão, baixo consumo de frutas e verduras, falta de exercício físico e a prática do fumo. Cinco desses fatores de risco estão relacionados à alimentação e à atividade física e três deles têm grande impacto no aparecimento da Síndrome Metabólica (WHO, 2002).

O conceito da Síndrome Metabólica (SMet) surgiu através da observação de que a reunião de alguns fatores de risco em um mesmo indivíduo é frequente, e aumenta o risco cardiovascular. Portanto, a presença de pelo menos três dos seguintes fatores – aumento da circunferência abdominal (obesidade abdominal), níveis elevados de triglicérides, aumento da pressão arterial, níveis reduzidos de HDL-colesterol e glicemia de jejum elevada – leva ao diagnóstico de Síndrome Metabólica, que pode aumentar em até 2,5 vezes a mortalidade geral (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2006).

A pretensão deste capítulo é discorrer sobre as estratégias alimentares que podem favorecer a prevenção e/ou o controle dos fatores de risco para a doença cardiovascular, influenciando direta ou indiretamente na redução da sua morbimortalidade – e, em última análise, favorecendo uma melhor qualidade de vida.

Abordagem Nutricional

O olhar da ciência da nutrição focado nos esclarecimentos que os estudos da SMet trouxeram sobre as complexas interações entre os fatores de risco para a DCV nos direciona para a valorização de uma estratégia nutricional preventiva, tendo como ponto de partida e enfoque a prevenção ou tratamento do excesso de peso, principalmente da obesidade abdominal (acúmulo de gordura visceral abdominal).

A obesidade abdominal tem importante papel na fisiopatologia da SMet, uma vez que pode promover a resistência à insulina – a qual tem relação de causalidade com o aumento da pressão arterial, hipertrigliceridemia e redução da concentração plasmática de HDL-colesterol. Em um caminho inverso, a redução ponderal sustentável de 5% a 10% do peso inicial resulta em melhora do perfil metabólico, tendo um impacto positivo sobre a prevenção e/ou controle das dislipidemias, hiperglicemia ou Diabete Melito e da pressão arterial (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2006).

Neste sentido, a abordagem nutricional deve ser iniciada pela avaliação nutricional, visando identificar alterações do estado nutricional e inadequações no hábito alimentar.

Para a avaliação nutricional são necessários indicadores de excesso de peso e de distribuição abdominal da gordura corporal: *para a avaliação da adequação do peso, recomenda-se o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC), através da divisão do peso (em quilogramas) pela estatura (em metros) ao quadrado, e a seguir uma comparação com os critérios para classificação do estado nutricional estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (1997); para a avaliação da distribuição de gordura corporal, indica-se a medida isolada da circunferência da cintura, a ser feita no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca com uma fita métrica não-extensível e a consideração dos valores limítrofes (KAMIMURA et al., 2005):*

- Maior ou igual a 94 cm para homens e maior ou igual a 80 cm para mulheres como *preditores de risco elevado* de complicações metabólicas associadas à obesidade e;
- Maior ou igual a 102 cm para homens e maior ou igual a 88 cm para mulheres como *preditores de risco muito elevado* de complicações metabólicas associadas à obesidade.

Em relação à avaliação das inadequações no hábito alimentar é importante realizar uma anamnese (questionário) alimentar combinando métodos que garantam informações

detalhadas: estimativa do valor energético total (VET) da dieta; omissão, insuficiência ou excesso de alimentos fontes dos principais macro e micronutrientes; inclusão com frequência e em quantidade significativa de alimentos que devem ser moderados, evitados ou omitidos para a prevenção ou controle de fatores de risco cardiovasculares; número de refeições diárias, fracionamento, preferências e intolerâncias alimentares e tratamentos dietéticos anteriores.

A combinação do método quantitativo “Recordatório de 24 horas” e do método qualitativo “Questionário de Frequência Alimentar” (elaborado com lista de alimentos com altos teores calórico, de gordura saturada, de colesterol, de sódio e de sacarose) garante um bom diagnóstico do consumo alimentar habitual (KAMIMURA *et al.*, 2005).

A constatação de sobrepeso ou de algum grau de obesidade requer um plano de restrição energética. A restrição pode ser realizada reduzindo-se progressivamente de 500 kcal a 1000 kcal por dia a ingestão energética estimada através do “Recordatório de 24 horas” ou fazendo-se um cálculo de 20 kcal a 25 kcal/ kg de peso atual/dia. Não se recomenda planejamentos dietéticos com menos de 800 kcal (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2006).

As quantidades dos macronutrientes devem ser estabelecidas segundo as seguintes porcentagens do VET definido para o plano alimentar: 50 a 60% de carboidratos, 25 a 35% de gorduras totais – sendo menor que 10% de ácidos graxos saturados, até 10% de ácidos graxos poliinsaturados [linoléico (ômega 6) e ácido alfa-linolênico (ômega-3)] e até 20% de ácidos graxos monoinsaturados e 15% de proteínas (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2006).

No planejamento da dieta, especial atenção deve ser dada aos carboidratos e lipídios. Temos o desafio de buscar um justo controle do macronutriente carboidrato na dieta (50 a 60%), desmitificando dietas da moda que proclamam a restrição excessiva de carboidratos – a despeito de sua importância como fonte de energia e de seu papel no aproveitamento da proteína dietética e, por outro lado, desencorajando excessos que podem ocasionar alterações glicêmicas e hipertrigliceridemia.

As principais fontes de carboidratos são os doces e bebidas produzidos ou acrescidos com sacarose e/ou mel, os cereais e seus subprodutos (arroz, trigo [pães, bolachas, macarrão, lancha], aveia, cevada, milho [amido de milho, farinha de milho, fubá, polenta]) e os tubérculos e seus subprodutos (batata, mandioca [tapioca, farinha de mandioca], cará, inhame, batata-doce). Entretanto, os carboidratos também são encontrados em menor proporção em outros grupos de alimentos, como nas leguminosas (feijão, ervilha, soja, lentilha, grão-de-bico), nas hortaliças e nas frutas.

Importante estudo que avaliou a evolução da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil entre 1974 e 2003 revelou que o limite mínimo da recomendação para o consumo de carboidratos (50%) é atingido nessa população (LEVY-COSTA *et al.*, 2005). Contudo, não parece ser a quantidade o desafio maior para o planejamento de dietas equilibradas, mas a qualidade das fontes de carboidratos. O mesmo estudo mostrou que ocorreram aumentos vertiginosos no consumo de produtos industrializados (chegando a 400% para biscoitos e refrigerantes); persistência do consumo excessivo de açúcar e insuficiente de frutas e hortaliças; redução de 23% no consumo do arroz; redução de 30% no consumo de feijões e de raízes e tubérculos. *Verificou-se que frutas, verduras e legumes correspondem a apenas 2,3% das calorias totais, sendo que a recomendação é de 6-7% das calorias totais*

Essas tendências de consumo vão na direção oposta da orientação para privilegiar frutas, hortaliças, leguminosas e grãos integrais como fontes de carboidratos (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2006). Essa orientação tem fundamentação nas inúmeras vantagens que esses alimentos trazem para a dieta: reduzido teor de gordura e de sódio, baixa densidade calórica, alto teor de fibras e uma gama variada de micronutrientes e compostos bioativos ou fitoquímicos.

A vantagem relativa ao alto teor de fibras se justifica pelo papel importante que as fibras insolúveis (lignina [hortaliças], hemicelulose [grãos], celulose [farinha de trigo integral]) têm no aumento da saciedade, contribuindo para redução da ingestão calórica e nos efeitos fisiológicos que as fibras solúveis (pecti-

na [encontrada em frutas como maçã, morango], gomas [aveia, cevada], fruto-oligosacarídeos [alho, cebola, banana, tomate] desempenham auxiliando no controle da hipercolesterolemia. *A recomendação de ingestão diária de fibra alimentar total deve ser de 20 a 30g (6g devem ser de fibra solúvel)* (COSTA; SILVA, 2005).

Já os micronutrientes (vitaminas e minerais) e compostos bioativos ou fitoquímicos apresentam propriedades fisiológicas e medicinais – como atividades antioxidantes e redução do colesterol sanguíneo – que contribuem para redução do risco de DCV. Destacam-se, nesse sentido, substâncias antioxidantes como a vitamina E (nozes, abacate, vegetais verdes e grãos de soja) e flavonóides (vinho, chá-verde, frutas) (COSTA; SILVA, 2005). *Vale a pena ainda ressaltar outra vantagem em se preferir frutas, hortaliças e leguminosas como fontes de carboidrato: o aumento do consumo de potássio, mineral importante para o controle da pressão arterial* (COSTA; SILVA, 2005).

Outro trabalho de grande complexidade é orquestrar as diferentes fontes de gordura de forma a atender as proporções recomendadas para os diferentes ácidos graxos, considerando ainda a recomendação de consumo menor do que 200 mg/dia de colesterol e de consumo o quanto menor de gorduras *trans* (o consumo não deve exceder mais de 2g/dia) (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2006).

As principais fontes de lipídeos são os óleos e gorduras (óleo de soja, gordura hidrogenada, azeite de oliva), as carnes e subprodutos (frios e embutidos), leite e subprodutos (queijos, creme de leite, manteiga) e as frutas oleaginosas (castanha-do-pará, amendoim, nozes).

O estudo já citado, relativo à evolução da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil entre 1974 e 2003, também apresenta dados que nos provocam questionamentos sobre o padrão de consumo de gorduras pelos brasileiros. A participação na dieta aumentou para carnes em geral em 50% (22% para carne bovina, 100% para carne de frango e 300% para embutidos) e reduziu para peixes também em 50% (LEVY-COSTA *et al.*, 2005). Considerando que os embutidos têm alto teor de gordura saturada (gordura de maior influência para o aumento do LDL-colesterol) e sendo alguns peixes fontes de

ômega-3 (gordura que contribui para redução dos triglicérides), *estamos novamente em movimento contrário à alimentação para prevenção de DCV. Será que estamos atingindo a recomendação de 2 a 3 porções de peixe por semana e de consumo de até 2 porções de carne magra por dia?*

Por uma dieta com um melhor padrão de lipídios, a orientação nutricional deve direcionar esforços para *reduzir o consumo de fontes de gordura saturada e colesterol* (carnes gordurosas como embutidos, leite e subprodutos integrais [iogurtes, queijos, creme de leite]) e *aumentar o consumo de fontes de gorduras poliinsaturadas*, como peixes e óleos vegetais (soja, girassol) e fontes de gorduras monoinsaturadas como frutas oleaginosas (castanhas, nozes, amendoim), óleos vegetais (azeite de oliva e óleo de canola), azeitona e abacate (COSTA; SILVA, 2005).


A ascensão do consumo de embutidos também nos leva a outra questão: o consumo excessivo de sódio, o qual se relaciona com a hipertensão arterial sistêmica, outro ponto importante para a prevenção e controle das DCV. Vários alimentos industrializados são ricos em sódio (embutidos, frios, enlatados, sopas prontas, temperos prontos).

Além dos nutrientes sobre os quais discorreremos, o consumo de bebidas alcoólicas também deve ser considerado num plano de prevenção da SMet. Além do acréscimo calórico expressivo que pode representar, comprometendo o controle do peso, tem implicações negativas sobre os controles da pressão arterial e sobre os triglicérides plasmáticos (COSTA; SILVA, 2005).

Em conclusão, a questão alimentar em relação à prevenção das doenças cardiovasculares (DCV) é um grande desafio. Apesar dos avanços ocorridos nos estudos dos fatores de risco e no estabelecimento de diretrizes para a prevenção destes, ainda há uma lacuna muito grande entre os novos conhecimentos e o padrão alimentar brasileiro, distância esta que só poderá ser encurtada com sérios e contínuos programas de re-educação alimentar que garantam a incorporação de hábitos alimentares permanentes.

Bibliografia

- AZAMBUJA, M.I.R. *et al.* Impacto Econômico dos Casos de Doença Cardiovascular Grave no Brasil: uma Estimativa Baseada em Dados Secundários. *Arq Bras Cardiol* 2008;91(3):163-171.
- COSTA, R.P.; SILVA, C.C. Doenças Cardiovasculares. In: CUPPARI, L. *Guias de nutrição: nutrição clínica no adulto*. Barueri, 2005.
- DATASUS. *Mortalidade proporcional por grupo de causas*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em 01/02/2009.
- I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arq. Bras. Cardiol*, volume 84, Suplemento I, Abr/2005.
- KAMIMURA, M. A. *et al.* Avaliação Nutricional. In: CUPPARI, L. *Guias de nutrição: nutrição clínica no adulto*. Barueri, 2005.
- LEVY-COSTAL, R.B. *et al.* Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.4, p. 530-40, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Genebra, 1997.
- The World Health Report 2002: *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Genebra: WHO, 2002.



Capítulo 3

Alimentação e Promoção da Saúde entre Trabalhadores de Mercado Hortifrutigranjeiro



MARIA INÊS MONTEIRO

MESTRE EM EDUCAÇÃO – UNICAMP;

DOUTORA EM ENFERMAGEM – USP

PROFESSORA ASSOCIADA – DEPARTAMENTO DE

ENFERMAGEM – FCM – UNICAMP.

JUHANI ILMARINEN

PhD – FINNISH INSTITUTE OF OCCUPATIONAL HEALTH

KALJA TUOMI

PhD – FINNISH INSTITUTE OF OCCUPATIONAL HEALTH

JORMA SEITSAMO

PhD – FINNISH INSTITUTE OF OCCUPATIONAL HEALTH

EVA TUOMINEN

PhD STUDENT – FINNISH INSTITUTE OF OCCUPATIONAL HEALTH

HELENO RODRIGUES CORRÊA FILHO

MESTRE E DOUTOR EM SAÚDE COLETIVA

PROFESSOR ASSOCIADO – DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E

SAÚDE COLETIVA – FCM – UNICAMP.

As pequenas e microempresas têm sido fundamentais para o desenvolvimento econômico dos diferentes países. Havia no mundo, no final da década de 1990, 2,7 bilhões de trabalhadores, sendo um bilhão em pequenas empresas e um bilhão no auto-emprego na agricultura (RANTANEN, 1999).

No Brasil, as pequenas e microempresas empregam 44% dos trabalhadores formais, além de aproximadamente 13 milhões de pessoas – proprietários e trabalhadores informais. Dos novos postos de trabalho criados nos últimos sete anos, 96% ocorreram nas empresas com até 100 empregados. Em 1997, essas empresas eram responsáveis por 29% do Produto Interno Bruto (PIB) do país e, em 2000, eram responsáveis por 12,4% do total de exportações do país. As micro e pequenas empresas – formais e informais – respondem por 60 milhões de pessoas ocupadas (trabalhadores e empreendedores (SEBRAE, 2002).

Porém, embora tenham essa destacada relevância, as condições de trabalho em micro, pequenas e médias empresas nem sempre favorecem o trabalhador, seja pelo acesso às informações, pelo modo como o trabalho se organiza, ou mesmo pelo acesso a práticas de promoção à saúde no trabalho.

Concordamos com Otani (2003) que as ações de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, continuam, em geral, ainda “ineficientes”, e alguns fatores são fundamentais para a organização dessa área no SUS, como a dificuldade na resolução de problemas gerados na “relação saúde e trabalho; a face intensamente ideologizada da área, [com] resistências de caráter político-partidário nos diversos níveis de gestão; [...] caráter inovador da área confrontado à própria abordagem do setor saúde, em relação a estruturas cristalizadas como vigilância epidemiológica, vigilância sanitária [...]” (OTANI, 2003, p. 86-7).

Outro importante aspecto é destacado por Monteiro-Cocco (2002):

“A produtividade das empresas tornou-se um fator fundamental para sua sobrevivência, tendo implicações inclusive na competitividade do país. Esta tem sido uma preocupação básica para os países da Escandinávia e Europa, com ações de curto, médio e longo prazo. O custo com os dias de afastamento, a retirada precoce do trabalho por invalidez e o acidente de trabalho têm importância não só para a empresa e os trabalhadores, mas também para o país, pois interferem na produtividade, nas despesas com saúde e na vida fora do trabalho”.

Esta pesquisa foi realizada em um mercado hortifrutigranjeiro, em cuja área física estão instaladas empresas de diferentes portes econômicos, que produzem e/ou comercializam frutas, legumes, vegetais, flores e insumos.

“A Ceasa-Campinas é a quarta maior central de hortifruti-granjeiros do país, tem o maior Mercado Permanente de Flores e Plantas da América Latina e com área de acessórios [...]. Abastece mais de 500 municípios e recebe produtos de 700 localidades do Brasil e do mundo”. Atuam na Ceasa, que possui 110 mil m² de área construída, 1054 atacadistas, gerando 5000 empregos diretos. São comercializados, em média, “[...] 600 mil toneladas por ano ou R\$ 400 milhões de hortifruti-granjeiros e 55 mil toneladas por ano ou R\$ 60 milhões de flores e plantas” (Ceasa, 2004, p. 45).

Nos programas de promoção a saúde e qualidade de vida desenvolvidos nas empresas a alimentação é um dos tópicos fundamentais a ser desenvolvido, pois implica em disponibilização de refeições balanceadas, saudáveis, com preço justo e que incentivem hábitos saudáveis. Porém, nas micro e pequenas empresas, em geral, nem sempre esse acesso é possível.

A premissa básica a ser aqui discutida é que a alimentação integra a promoção a saúde no trabalho, que é importante o conhecimento do trabalhador sobre a importância da alimentação adequada, pois ela não se restringe somente a ele, mas acaba compartilhando-a com a família e grupo social com o qual convive. Outro aspecto fundamental é sobre a disponibilidade de acesso ao alimento, por parte do trabalhador, com permissão do proprietário, pois é um mercado hortifrutigranjeiro. Além disso, é possível também ao trabalhador levar produtos frescos (frutas e vegetais) para sua casa, que são doadas pelos proprietários, como foi relatado durante a realização de observação e entrevistas realizadas durante a pesquisa.

Esta pesquisa integra o Projeto de Pesquisa em Políticas Públicas da FAPESP “Bases para a implantação de um Serviço Público de Saúde do Trabalhador no trabalho informal e em micro e pequenas empresas de comércio hortifrutigranjeiro no Estado de São Paulo”, coordenado pela Profa. Dra. Maria Inês Monteiro. Este subprojeto teve por objetivo avaliar as-

pectos do estilo de vida e alimentação entre trabalhadores de um mercado hortifrutigranjeiro.

O Caminho Metodológico

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal (CHECKOWAY, PEARCE & KRIEBEL, 2004), realizado em uma Central de Abastecimentos de Hortifrutigranjeiros e Mercado de Flores, com amostra aleatória entre trabalhadores dos diversos setores e empresas de porte diverso.

Foi utilizado questionário com dados sociodemográficos, estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho para a realização das entrevistas com os trabalhadores (MONTEIRO, 2006). Foi realizada observação dos locais de trabalho, em diferentes locais e períodos do dia (manhã, tarde e noite).

Em relação aos aspectos éticos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Foi utilizado o Termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a análise dos dados foi utilizado o programa SAS® 9.1.

Resultados e Discussão

A amostra foi composta por 683 trabalhadores, dos quais 88,4% eram homens e 11,6% mulheres. A maioria dos trabalhadores havia ingerido algum tipo de alimento no dia em que a entrevista foi realizada (93,6%), devendo ser destacado que, proporcionalmente, um maior contingente de homens (11,9%), do que mulheres (7%) não havia se alimentado.

Um aspecto importante a ser destacado é que a maioria dos trabalhadores desenvolvia atividades com demanda predominantemente física, ou física e mental (77,6%), na função de carregador, vendedor, ajudante, auxiliar e motorista, entre outras. A faixa etária variou entre 15 e 73 anos, com média de 31,7 anos para os que não se alimentaram no dia e 33 anos de idade para os que haviam se alimentado.

Os trabalhadores desenvolvem atividades que têm início às 5h da manhã – setor de hortifrutigranjeiros –, às 2^a., 4^a. e 6^a. feira, e às 6hs da manhã, às 2^a. e 5^a. feira, no Mercado de Flores. O descarregamento de mercadorias pode ser realizado também no período noturno. Muitas vezes os trabalhadores saíram de casa no dia anterior, pois moravam em outras cidades; os que residiam em bairros próximos ao local de trabalho, que se levantavam por volta das três ou quatro horas da manhã. Considerando-se os fatores acima descritos, pode ser considerada elevada a porcentagem de trabalhadores (14,8%) que não havia ingerido o desjejum, no dia de entrevista.

Outra importante consideração é relativa aos alimentos disponíveis para consumo no local de trabalho, como frutas e vegetais, que podem ser consumidos nos Box. Em contraposição, os lanches e refeições vendidas nas lanchonetes e restaurantes, forneciam alimentos com elevado teor de gordura, frituras, embutidos, como foi relatado pelos trabalhadores. Havia relato de refeição que continha arroz, feijão, macarronada, maionese, carne e linguiça, com pouquíssimas opções quanto a alimentos saudáveis. Em relação ao estilo de vida, 56,4% dos entrevistados realizavam algum tipo de atividade física, 50,8% referiram ingerir bebida alcoólica e 21,9% fumavam.

Em modelo de regressão logística controlado para sexo e idade, as variáveis “Índice de Massa Corpórea – IMC” e “ter-se alimentado no dia” apresentaram correlação positiva no grupo de trabalhadores saudáveis (que não faziam uso de medicamento e não relataram presença de doença ou problemas de saúde).

A Organização Mundial de Saúde propôs na 57^a. Assembléia estratégias para diminuir a progressão do sobrepeso e obesidade em diferentes países do mundo, pois “para doenças não comunicáveis, os riscos mais importantes incluem hipertensão arterial, hipercolesterolemia, ingestão inadequada de frutas e vegetais, sobrepeso, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Desses riscos, cinco estão estreitamente relacionados à alimentação e atividade física” (WHO, 2004, p. 41). Tendo como referências essas diretrizes, o governo de cada país deverá elaborar planos para incentivar a alimentação saudável e a prática de atividade física. Devem ser incentivadas medidas

que visem o acesso ao conhecimento, por parte da população, de alimentos saudáveis, assim como sobre os valores nutricionais e a composição dos alimentos. As empresas têm um papel fundamental na disseminação de políticas de promoção a saúde e melhoria da qualidade de vida.

“Os locais de trabalho são importantes cenários para a promoção a saúde [...]. É preciso dar oportunidades as pessoas para que façam escolhas saudáveis no ambiente de trabalho, visando diminuir a exposição ao risco. Além disso, o custo das doenças não infecciosas vem se elevando rapidamente para os empregadores. Os locais de trabalho devem tornar possível a escolha por alimentos saudáveis e encorajar e dar suporte a prática de atividade física” (WHO, 2004, p. 54).

É possível realizar intervenções plausíveis no local de trabalho, como a relatada por Devine, Nelson, Chin *et al.* (2007), realizada em empresa norte-americana, denominada “Images of a Healthy Worksite”, cujo objetivo foi o de testar estratégias de prevenção ao ganho de peso em uma empresa de grande porte.

Considerações Finais

As políticas de promoção à saúde no trabalho desempenham relevante papel na luta mundial no combate à obesidade e ao sedentarismo, visando diminuir a morbidade e os custos relativos ao adoecimento e que podem afetar a produtividade.

É importante dar suporte a políticas de estímulo ao consumo de alimentos saudáveis por parte dos trabalhadores e empregadores, assim como incentivar a realização de atividades físicas, pois isto gera benefícios para o trabalhador e para a empresa, com diminuição no risco de adoecimento.

Deve ser também considerado, nas ações de promoção a saúde no trabalho, o desenvolvimento de temas relativos à alimentação saudável e à atividade física.

Financiamento

FAPESP – Projeto de Pesquisa em Políticas Públicas, coordenado pela Profa. Dra. Maria Inês Monteiro, fase I e II, processo 03/06410-4.


CNPq bolsa de produtividade em pesquisa da primeira autora.

Referências

- CENTRAIS DE ABASTECIMENTO DE CAMPINAS S.A. CEASA – Campinas. *Balanço da Ceasa – Campinas*. Gestão 2001-2004. Campinas, 2004.
- CHECKOWAY, H.; PEARCE, N.; KRIEBEL, D. *Research methods in occupational epidemiology*. 2. ed. New York: Oxford, 2004.
- DEVINE, C. M.; NELSON, J. A. ; CHIN, N. *et al.* “Pizza is cheaper than salad”: assessing workers’ views for an environmental food intervention. *Obesity*, v. 15, suppl. Nov, p. 57s-68S, 2007.
- MONTEIRO, M. I. Bases para a implantação de um Serviço Público de Saúde do Trabalhador no trabalho informal e em micro e pequenas empresas de comércio hortifrutigranjeiro no Estado de São Paulo. Projeto de Pesquisa em Políticas Públicas – FAPESP. *Relatório final*. Campinas, 2008.
- MONTEIRO, M. I. Instrumento para coleta de dados sociodemográficos, aspectos de saúde, trabalho e estilo de vida. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho, 1996, atualizado em 2007.
- MONTEIRO-COCCO, M. I. *Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de uma empresa de tecnologia da informação*. Campinas, 2002. Tese (Livre Docência) – Universidade Estadual de Campinas, 2002.
- OTANI, K. Rede de saúde do trabalhador para o Estado de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n.1, p. 86-97, 2003.
- RANTANEN, J. Future perspectives in developing high-quality occupational health services for all. In: Lehtinen, L. (Ed.). *Good occupational practice and evaluation of occupational health services*. Helsinki: FIOH, 1999. p. 32-45.
- SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS – SEBRAE. *Os pequenos como base para um modelo de desenvolvi-*

mento sustentável do país. Julho, 2002. Disponível em: <<http://www.sebrae.org.br/>>. Acesso em 01 out. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Global strategy on diet, physical activity and health.* 57th Work Health Assembly, 2004.



Capítulo 4

Nutrição, Substantivo Feminino



ANGELA MARIA BACHA

DOUTORA EM MEDICINA – UNICAMP

PROFESSORA ASSISTENTE DOUTORA – DTG/FCM/UNICAMP

DIRETORA ASSOCIADA DO HOSPITAL DA MULHER – CAISM/UNICAMP

FLÁVIA COSTA PELLIZZON

NUTRICIONISTA

CHEFE DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO DO HOSPITAL DA MULHER – CAISM/

UNICAMP

JULIANA MONTEBELO GONÇALVES

NUTRICIONISTA

HOSPITAL DA MULHER – CAISM/UNICAMP

OSWALDO DA ROCHA GRASSIOTTO

DOUTOR EM MEDICINA – UNICAMP

PROFESSOR ASSISTENTE DOUTOR – DTG/FCM/UNICAMP

DIRETOR EXECUTIVO DO HOSPITAL DA MULHER – CAISM/UNICAMP

Nos primórdios da humanidade, o papel exercido pela mulher era bem diferente do atual. Conforme relata MILES (1989):

“a partir de 500.000 a.C., quando a femina erecta colocou-se de pé pela primeira vez ao lado do homo erectus em algum primitivo vale ensolarado, muitas mudanças tiveram lugar antes que ambos, juntos, se tornassem sapiens”.

De fato, cada vez mais os indícios históricos têm posto por terra o mito do “homem caçador” – o todo poderoso responsável pela sobrevivência e evolução da espécie humana. Da mesma forma, tem sido reavaliada a visão tradicional da mulher primitiva – tida como desocupada e dependente, que ficava agachada à beira do fogo na entrada da caverna, aguardando seu macho voltar da caça para proporcionar-lhe prazer sexual (BLEIER, 1984).

Parece que as funções desempenhadas pelas mulheres primitivas eram muito importantes para a sobrevivência do grupo e foram fundamentais para a evolução da espécie. Dos deveres das mulheres primitivas, a coleta de comida era um dos mais importantes. Vários indícios históricos fazem supor que, com frequência, o resultado da caça era frustrante e insuficiente para a alimentação de todo o grupo (LEE & DE VORE, 1968). Eram as mulheres – carregando seus filhos e saindo para a coleta que, exercitando sua emergente capacidade de classificar, selecionar e coletar, garantiam frutos, raízes, folhas, pequenos animais, etc. para a alimentação da família primitiva (MORGAN, 1972; 1991).

O cuidado com a prole, em contraposição à proteção do grupo, talvez tenha sido a única divisão sexual de trabalho estabelecida nessas sociedades primitivas. E é provável que essas duas funções exercidas pelas mulheres – coletar comida e cuidar da prole – tenham tido importância pelo menos igual na organização social do grupo e no desenvolvimento do espírito de cooperação que as atividades de caça. Conforme argumenta SLOCUM (1975): “A necessidade de organização para a alimentação após o desmame, o aprendizado das ligações sócio-emocionais mais complexas que estavam aparecendo, as novas habilidades e invenções culturais envolvidas na coleta mais abrangente – tudo isso exigiria um cérebro maior. Excessiva atenção tem sido dada às habilidades exigidas pela caça, muito pouca às habilidades exigidas pela coleta de comida e à criação da prole ainda dependente”.

Com o aparecimento da horticultura planejada, as mulheres consolidaram sua importância como as principais produtoras de alimentos. Conforme relata CALDER (1988):

“Vem do Egito meridional, há 18.000 anos, os primeiros traços do cultivo de cevada e trigo em jardins à beira do rio... o riso feminino sem dúvida perturbou as aves aquáticas quando as mulheres chegaram com uma sacola de sementes para inventar a colheita. Talvez fosse apenas um desperdício de comida e nada a ser contado aos homens – mas levava apenas uns instantes para enfiar as sementes nos sulcos já prontos na lama... As mulheres pouco sabiam a respeito de genética de plantas, mas os grãos cresceram e amadureceram antes de o sol ressecar o solo inteiramente, e quando elas voltaram com foices de pedra devem ter sentido orgulho um tanto divino”.

Coletoras, selecionadoras, classificadoras, processadoras e produtoras de alimentos, as mulheres vêm tendo, ao longo dos tempos, uma relação forte e profunda com a Nutrição, e conseqüentemente com a evolução da espécie humana: alimentadoras desde antes do nascimento, através das trocas materno-fetais intra-útero, durante o início da vida, através da amamentação, e em todas as etapas da vida da família através da administração do lar. Sua própria nutrição, entretanto, não tem tido o destaque que merece apesar das particularidades inerentes à sua condição de mulher.

O crescimento rápido na adolescência, a menstruação, a maternidade e o aleitamento, a menopausa e o envelhecimento femininos podem acarretar riscos de carências nutricionais. Além desses e em associação com eles, regimes de emagrecimento, distúrbios alimentares, opção vegetariana mal orientada podem provocar na mulher desequilíbrios nutricionais importantes.

A nutrição tem um importante papel durante todo o ciclo vital. Estabelecer bons hábitos alimentares durante os diversos estágios da vida é essencial na promoção da saúde e na busca da qualidade de vida. Uma alimentação adequada pode realmente contribuir para uma boa saúde durante toda a vida da mulher.

Adolescência

Segundo a Organização Mundial de Saúde, adolescência é o período da vida que se inicia aos 10 anos e se prolonga até os 19 anos. É uma fase de intensas transformações físicas, psicológicas, comportamentais, caracterizada por um elevado ritmo de crescimento.

Reconhecem-se como fator influenciador do hábito alimentar em adolescentes as características próprias do desenvolvimento da personalidade e a identificação com o grupo. Atuam sobre o comportamento alimentar: fatores internos (auto-imagem, necessidades fisiológicas, saúde individual, preferências e desenvolvimento psicossocial) e fatores externos (hábitos familiares, amigos, valores e regras sociais e culturais, mídia, modismos, experiências e conhecimentos). Desses, vale ressaltar a importância da imagem corporal, cuja percepção, durante a adolescência, desencadeia grande parte dos comportamentos alimentares anormais (REATO *et al.*, 2007). Nessa fase de crescimento acelerado é de grande importância a atenção à energia e a alguns nutrientes, como proteína, ferro, cálcio e vitaminas A e C, cujas necessidades estão fortemente ligadas ao padrão de crescimento (VITOLLO, 2008).

O cálcio e o ferro devem ter atenção especial, pois estudos têm demonstrado que adolescentes consomem quantidades menores do que as recomendadas (LENER, 2000). O caso do cálcio é preocupante, pois nesse período ele é associado à formação de massa óssea. No entanto, a maioria dos adolescentes não atinge sequer dois terços das recomendações diárias. Quanto ao ferro, ele é especialmente importante para as meninas devido às perdas menstruais e para os meninos devido ao aumento da massa magra e do volume sanguíneo (FISBERG *et al.*, 2000). Com relação à vitamina C, ela é essencial para a síntese de colágeno e auxílio na absorção do ferro, portanto sua necessidade acompanha paralelamente o crescimento puberal (JACOBSON, 1998).

A adolescência é um período crítico para as intervenções preventivas, particularmente para aumentar a consciência, o conhecimento, as habilidades, a motivação do indivíduo no sentido de escolhas dietéticas saudáveis (ZIWIAN, 1999).

Deve-se também prevenir, alertar ou detectar o mais precocemente possível condutas de risco na dieta que possam levar a transtornos alimentares, como anorexia, bulimia ou compulsão alimentar (FISBERG *et al.*, 2000).

Tendo em vista os riscos que uma alimentação inadequada pode causar, é importante que os adolescentes, especialmente aqueles com risco nutricional, sejam acompanhados e orientados para modificação dos hábitos alimentares e estilo de vida, visando à prevenção de doenças crônicas e melhora da qualidade de vida.

Síndrome da Tensão Pré-Menstrual

A síndrome pré-menstrual (SPM) é um distúrbio crônico que ocorre na fase lútea do ciclo menstrual e desaparece logo após o início da menstruação. Caracteriza-se pela presença de sintomas físicos, psicológicos e comportamentais, incluindo mudanças de humor, depressão, tristeza, tensão, irritabilidade, ansiedade, nervosismo, agressividade, facilidade de chorar, dores generalizadas (cabeça, costas, abdome), fadiga, insônia, inchaço relacionado à retenção hídrica, aumento ou redução do apetite, compulsão por doces ou salgados (COSTA *et al.*, 2007). Nenhum desequilíbrio ou deficiência consistente foi identificado na etiologia da SPM, apesar de algumas teorias promissoras terem sido desenvolvidas e serem relacionadas ao desequilíbrio de hormônios (estrógeno e progesterona), defeitos na síntese de neurotransmissores, distúrbios de metabolismos de ácidos graxos essenciais e deficiência de certos nutrientes como vitamina B6 e cálcio. A nutrição melhorada e a redução do estresse também podem ajudar a diminuir os sintomas pré-menstruais (MAHAN *et al.*, 2005). Em geral, recomenda-se eliminar o açúcar, sal, cafeína, álcool, carne vermelha e outros alimentos gordurosos; comer de 4 a 6 refeições por dia e não pular refeições; aumentar o consumo de frutas e vegetais (especialmente hortaliças verdes-escuras), grãos integrais, gorduras e proteínas de boa qualidade, leguminosas e ingerir maior quantidade de líquidos (MAHAN *et al.*, 2005; SAMPAIO, 2002).

Gestação

A alimentação, reconhecidamente, tem papel relevante para a saúde dos indivíduos, principalmente na etapas da vida caracterizadas pelo aumento da demanda de energia e de nutrientes, como a gestação e o puerpério (WERUTSKY *et al.*, 2008). O estado nutricional da gestante influi diretamente na saúde, crescimento e desenvolvimento adequado do feto, seu peso ao nascer, nas chances de prematuridade, mortalidade e morbidade neonatal (WERUTSKY *et al.*, 2008).

O perfil de morbidade das gestantes se caracteriza pela dualidade do estado de saúde e nutrição. De um lado, o baixo peso materno e as carências específicas de micronutrientes, podendo resultar em baixo peso ao nascer, e, de outro, o sobrepeso e a obesidade, que muitas vezes associam-se ao desenvolvimento do diabetes gestacional e/ou síndrome hipertensiva da gravidez, com consequências para a saúde materna e do concepto (BAIAO *et al.*, 2006). Assim sendo, a avaliação nutricional e o monitoramento do ganho ponderal da gestante são considerados cuidados essenciais sendo preconizado, para tanto, pelo Ministério da Saúde, o emprego da antropometria (WERUTSKY *et al.*, 2008).

Quanto ao planejamento dietético a gestante deve receber orientação nutricional de acordo com idade, estado nutricional, sintomas da gravidez (náuseas, vômitos e azia), atividade física e patologias associadas. A alimentação balanceada e o fornecimento adequado de nutrientes no período gestacional são de fundamental importância, pois é a fase na qual as exigências nutricionais são elevadas a fim de permitir os ajustes fisiológicos no organismo materno e o desenvolvimento fetal. Durante a gestação há o aumento das necessidades de energia, proteína, cálcio, ferro, ácido fólico e vitamina A. É consenso universal que a gravidez é um período de maior necessidade proteica sendo considerada base fundamental para o crescimento do feto. Os micronutrientes também são de vital importância. Atualmente, há grande preocupação em relação à prevenção de malformação do tubo neural por deficiência de ácido fólico. A atenção a essa vitamina deve ser dada especialmente no período pré-concepcional e durante

o primeiro trimestre de gestação. A vitamina A é essencial na embriogênese, crescimento e diferenciação epitelial (JOB, 2007). A análise da adequação de micronutrientes durante a gestação tem indicado que as dietas são muitas vezes inadequadas em relação ao cálcio, ferro, zinco, vitamina B1 e ácido fólico. A deficiência da maioria desses nutrientes pode ser explicada pelo baixo consumo de frutas, hortaliças, leites e seus derivados (BERTIN *et al.*, 2006).

Outras vitaminas devem ser destacadas no período gestacional como vit. B6, B12, C, D, E, K e ácido nicotínico. Além das vitaminas, as fibras dietéticas merecem atenção durante a gestação, especialmente em seus últimos estágios, em que é frequente a constipação intestinal (JOB, 2007).

Dessa forma, pode-se verificar que em termos de desenvolvimento neonatal, as intervenções nutricionais durante a gestação apresentam efeitos benéficos; além disso, o diagnóstico nutricional precoce, principalmente no período pré-natal se faz necessário para a promoção de ações que contribuam para melhores resultados dietéticos e da gestação garantindo um ganho de peso adequado para a mãe e o bebê (MELO *et al.*, 2007).

Menopausa

O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. A menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade (BRASIL, 2008). Na menopausa, a produção de estrógeno declina, sinalizando o final do período reprodutivo. O hipoestrogenismo na mulher no climatério é o grande responsável pela alteração do perfil lipídico, do aumento de peso e da gordura abdominal, estando já bem estabelecida a associação positiva entre esses fatores e a doença cardiovascular (ALDRIGHI *et al.*, 2001). A *American Heart Association* preconiza uma alimentação com reduzida quantidade de gor-

duras total e saturada, com mais vegetais e peixes, objetivando reduzir o risco de doença cardiovascular pela melhora do perfil lipídico, redução de fatores trombogênicos e de agregação plaquetária, pelo aumento da sensibilidade à insulina, etc. (ALDRIGHI *et al.*, 2001).

A saúde óssea também é afetada como resultado do declínio do estrógeno circulante, pois a capacidade do organismo de acompanhar o processo natural de giro ósseo fica com resposta mais lenta. A massa óssea diminui e a osteoporose pode ocorrer (MAHAN *et al.*, 2005). Outro fator que pode tornar-se prejudicial à saúde óssea é o consumo dietético inadequado de cálcio, pois uma das principais deficiências nutricionais no climatério refere-se a esse nutriente. Esse fato compromete a mineralização e a manutenção óssea, promovendo, dessa forma, o agravamento da osteoporose (MONTILLA *et al.*, 2004). Portanto a ingestão de alimentos ricos em cálcio, como leite e derivados, é recomendada, preferencialmente com baixo teor de gordura.

Quanto ao uso da isoflavona como tratamento nutricional de sintomas da menopausa, este ainda revela resultados conflitantes.


Existem evidências insuficientes para a recomendação de qualquer tipo específico de fitoestrogêneos (FE) e em que dose deva ser utilizada para prevenção ou tratamento de qualquer doença. Entretanto, consumo moderado de alimentos ricos em FE, como a soja, pode ser um hábito saudável e benéfico, potencializando os efeitos da terapia de reposição hormonal na menopausa (VITOLLO, 2008).

Uma alimentação equilibrada associada à atividade física regular é de fundamental importância para prevenção de doenças, retardo das consequências naturais do processo de envelhecimento e, sobretudo, para melhoria da qualidade de vida.

Referências

- ALDRIGHI, J. M; ASAKURA, L. Gordura alimentar e climatério. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 47(3):186, 2001.
- BAIAO, M.R.; DESLANDES, S.F. Alimentação na gestação e puerpério. *Rev. Nutr.*; 19(2):245-253, 2006.
- BERTIN, R.L.; PARISENTI, J.; DI PIETRO,P.F.; VASCONCELOS, F.A.G. Métodos de avaliação do consumo alimentar de gestantes: uma revisão. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 6(4):383-390, 2006.
- BLEIER, R. *Science and Gender: a critique of biology and its theories on women*. New York: Pergamon, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – *Manual de Atenção à Mulher no Climatério/ Menopausa*, 2008. Brasília: Ministério da Saúde.
- CALDER, N. *Timescale*. New York: Viking Press, 1988.
- COSTA, Y.R; FAGUNDES, R. L; CARDOSO B.R. Ciclo menstrual e consumo de alimentos. *Rev. Bras. Nutr. Clin.*, ; 22(3):203-9, 2007.
- FISBERG, M.; BANDEIRA, C.R.S; BONILHA, E.A., HALPERN, G. HIRSCHBRUCH, M.D. Hábitos alimentares na adolescência. *Pediatr. Mod.*; 36(11):724-34, 2000.
- JACOBSON, M.S. Aspectos nutricionales en la adolescência. *Adolesc. Latinoam.*; 1(2):75-83, 1998.
- JOB, H.O.C. *Nutrição na Gestação. Racine*, São Paulo, ano XVII, n.100, p. 88-96, set/out 2007.
- LEE, R.B. & DE VORE, I. *Man the hunter*. Chicago: Aldine Press, 1968.
- LENER, B.R. O cálcio consumido por adolescentes de escola pública de Osasco, São Paulo. *Rev. Nutr.*, 13(1):57-63, 2000.
- MAHAN, L.K; ESCOOT-STUMP, S. *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. São Paulo: Roca, 11ªed., 2005.
- MELO, A.S.O.; ASSUNÇÃO, P.L.; GONDIM, S.S.R. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. *Rev. Bras. Epidemiologia*, 10(02):249-57, 2007.
- MILES, R. *A história do mundo pela mulher*. Rio de Janeiro: Casa-Maria Editorial, 1989.
- MONTILLA, R.N.G; ALDRIGHI J.M; MARUCCI, M.N. Relação cálcio/proteína da dieta de mulheres no climatério. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 50(1):52-4, 2004.

- MORGAN, E. *The descent of woman*. London: Souvenir Press, 1972.
- MORGAN, E. *The scars of evolution*. London: Penguin, 1991.
- REATO, L.F.N.; HARADA, R.M.; HATAKEYAMA, T.T.; KITAURA, A.R.; NAGAOKA, B.M.; PERESTRELO, V.B. Hábitos alimentares, comportamentos de risco e prevenção de transtornos alimentares em adolescentes do Ensino Médio. *Rev. Paul. Pediatría*; 25(1):22-6, 2007.
- SAMPAIO, H.A.C. Aspectos nutricionais relacionados ao ciclo menstrual. *Rev. Nutr.*; 15(3): 309-317, 2002.
- SLOCUM, S. Woman the gatherer: male bias in Anthropology. In: REITER, R.R. ed. *Towards an anthropology of women*. New York: Monthly Review Press, 1975. p.36-50.
- VITOLO, M.R. *Nutrição da Gestação ao Envelhecimento*. Rio de Janeiro, Rubio, 2008.
- WERUTSKY, N.M.A.; FRANGELLA, V.S., PRACANICA, D.; SEVERINE, A.N.; TONATO, C. Avaliação e recomendações nutricionais específicas para a gestante e puérpera gemelar. *Einstein*; 6(2):212-20, 2008.
- ZIWIAN, Z.L.J. Educação nutricional na adolescência: importância do comportamento alimentar na busca da saúde perfeita. *Hig. Aliment.*; 13(61):85-7, 1999.



Capítulo 5

Comer: uma Questão de Identidade Corporal



ÂNGELA NOGUEIRA NEVES BETANHO CAMPANA
MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA/ UNICAMP

MARIA DA CONSOLAÇÃO GOMES CUNHA FERNANDES TAVARES
LIVRE-DOCENTE EM IMAGEM CORPORAL FEF/UNICAMP

Alimentar-se é uma das primeiras providências a ser tomada pelo ser vivo para manter-se são e dar continuidade ao seu crescimento e desenvolvimento. É o alimento que fornecerá energia suficiente para permitir que o corpo se mantenha aquecido, física e intelectualmente ativo e com todas as funções necessárias à vida.

Alimentação assume outros papéis no nosso dia a dia. É possível observar e sentir que comer não é apenas ingerir substâncias nutritivas. Um cafezinho no meio de uma conversa gostosa parece prolongar o assunto. Os namorados saem para jantar, um chocolate volta e meia nos é oferecido quando estamos de baixo astral. Segundo Domar e Dreher (1997) “come-se para mostrar, provar, evitar, controlar, reprimir algo. O que comemos... tem um impacto imediato na forma como pensamos, sentimos, enfrentamos a vida e trabalhamos” (p. 207).

Segundo Nakamura (2004), os alimentos assumem diversos papéis na sociedade, estando fortemente vinculados a questões religiosas – como no judaísmo, em que alguns alimentos “impuros” são proibidos –, aos aspectos sociais – como

na Índia, onde a carne de vaca é sagrada –, e aos aspectos econômicos da vida cotidiana – como no Japão, onde o arroz é a base alimentar e do agro-negócio. A antropologia nos mostra as diferenças entre os grupos sociais e as permissões/proibições, classificações, cultivos e colheitas dos alimentos em cada um deles. “Há regras culturais implícitas no consumo dos alimentos que fazem parte do modo de vida das comunidades e que devem ser aprendidas” (NAKAMURA, 2004:24).

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que alimentar-se compreende não só o ato de ingerir, triturar e digerir alimentos. O ato de comer está intimamente ligado a fatores culturais.

Nossas atitudes em relação à comida são normalmente aprendidas cedo e bem, e são, em geral, inculcadas por adultos afetivamente poderosos, o que confere ao nosso comportamento um poder sentimental duradouro. Devemos comer todos os dias, durante toda nossa vida; crescemos em lugares específicos, cercados também de pessoas com hábitos e crenças particulares. Portanto, o que aprendemos sobre comida está inserido em um corpo substantivo de materiais culturais historicamente derivados. A comida e o comer assumem, assim, uma posição central no aprendizado social por sua natureza vital e essencial, embora rotineira. O comportamento relativo à comida revela repetidamente a cultura em que cada um está inserido. Nossos filhos são treinados de acordo com isso. O aprendizado que apresenta características como requinte pessoal, destreza manual, cooperação e compartilhamento, restrição e reciprocidade, é atribuído à socialização alimentar das crianças por sociedades diferentes (MINTZ, 2001:34).

A comida é uma forma de trocar mensagens com o meio ambiente e com nosso próprio corpo. A comida “entra” em cada ser humano. A intuição de que se é de alguma maneira substanciado – “encarnado” – a partir da comida que se ingere pode, portanto, carregar consigo uma espécie de carga emocional (MINTZ, 2001).

Comer como uma Linguagem

A Imagem Corporal é a representação mental do nosso corpo existencial. É dinâmica, singular e multifacetada, sendo influenciada – mas não formada – por fatores emocionais, fisiológicos e sociais. É no corpo existencial que se inscrevem nossos afetos, nossas experiências, nossas vulnerabilidades, potencialidades e limitações. Esse corpo existencial é trazido ao mundo “lingua-geiro” pelo olhar da mãe. É a mãe, que ao brincar com o bebê, dialogando com suas balbuciações que traz aquele pequeno sujeito que começa a ganhar consciência de sua existência no mundo e lhe permite, num ambiente seguro, explorar o corpo físico. O desejo da mãe por seu bebê é o ponto de partida para o reconhecimento dele em sua singularidade e desejos (DOLTO, 2001; TAVARES e CATUSSO, 2007).

Nesse jogo dual, é que o bebê aprende também a se alimentar. Nesse momento, não é apenas o alimento que se recebe ou se recusa, mas também a sensação de ser cuidado. Uma experiência pouco satisfatória, vinda de uma relação sem empatia, sem contato, sem aceitação do corpo pelo outro é um terreno fértil para o estabelecimento de uma imagem corporal pouco delimitada, pouco elaborada, numa sensação de não pertencer (CAMPANA e TAVARES, 2007; TAVARES e CATUSSO, 2007).

É cedo também que se estabelece um diálogo sem palavras, que pode ser usado por toda a vida. A alimentação pode ser usada como uma linguagem para demonstrar ao outro o que se passa. A compulsão alimentar remete a uma negação da realidade, em que o sujeito se fixa numa repetição, o que por sua vez provoca estagnação da imagem Corporal. A recusa do alimento é a mensagem da recusa, é manter-se puro, longe de uma relação incestuosa. É manter-se delimitado, num espaço diferenciado do outro (BIDAUD, 1998).

Comer Demais, Comer de Menos: uma Questão de Identidade Corporal

Existem dois comportamentos que evidenciam um descontentamento profundo com a Imagem Corporal: a evitação e a checagem do corpo. A evitação da exposição do corpo ao próprio olhar e ao olhar do outro, de provocação de sensações, da relutância aos limites da forma do corpo são comportamentos que traduzem uma profunda depreciação e insatisfação com o próprio corpo; articula-se com um comportamento de comer compulsivo (THOMPSON *et al.*, 1998). Em contrapartida, a checagem corporal – os rituais de pesagens, medidas e comparações – é um comportamento acompanhado por períodos de restrição alimentar, via de regra (SHAFRAN *et al.*, 2004).

Especificamente, o comportamento de evitação do corpo é uma forma de resposta aos pensamentos e às emoções relacionados a eventos e ações que trouxeram uma insatisfação com o corpo. O sujeito se apodera de uma série de métodos – evitação de situações sociais, de exposição ao público, de uso de roupas mais justas ou mais curtas, de contato próximo com o outro – que acomodam e realimentam esta depreciação/insatisfação (CASH, 2004). É a forma encontrada de reduzir a tensão. O “estilo de vida” que passa a se impor é especialmente elaborado para acomodar a apreciação negativa da Imagem Corporal. Todas as situações que podem provocar alguma preocupação sobre a aparência física passam a ser taxativamente evitadas, comprometendo a vida social do sujeito (THOMPSON *et al.*, 1998; ROSEN *et al.*, 1991).

Os problemas com a imagem do corpo podem se ordenar num *continuum* de moderada insatisfação e preocupação com o corpo, e progredir para uma preocupação extrema com a aparência física, e levando a uma Imagem Corporal negativa. A “Imagem Corporal Negativa” que se instala implica numa condição mais estressante e inibitória que a insatisfação corporal inicial. As conclusões negativas a respeito de si mesmo, a depreciação da aparência e do corpo físico e os comportamentos de evitação e checagem podem ser os responsáveis pela manutenção da Imagem Negativa do corpo (ROSEN, OROSAN e REITER, 1995).

Os comportamentos de evitação e checagem do corpo foram descritos como a expressão mais óbvia do âmagô da psicopatologia dos transtornos alimentares – a superestimação da forma e do peso corporal. A necessidade de controle que a pessoa com anorexia experimenta se estende por outras áreas da vida – como as relações pessoais, e trabalho – mas é no controle da alimentação que o sujeito reconhece seu sucesso, que aquietta sua ansiedade pelo controle (FAIRBURN, SHAFRAN e COOPER, 1998).

A checagem do corpo é também um recurso adotado para a acomodação da Imagem Negativa do corpo. A preocupação com a aparência, com as medidas, em comparar-se com os outros, em manter o corpo o mais estável possível, as pesagens e tiradas de medidas ritualísticas repetem-se compulsivamente, consumindo tempo e energia. Assumem também um papel mantenedor da Imagem Corporal Negativa, na medida em que realimentam a insatisfação corporal, com novas informações que reforçam a conclusão de que mais controle sobre a forma e o peso, mais dieta, mais exercícios são necessários, por que o corpo ainda “não está apresentável aos olhos do mundo”. Não tendo sido legitimado e aprovado, submete-se o corpo a mais vigilância e a mais controle (REAS *et al.*, 2002; SHAFRAN *et al.*, 2004).

Apesar da evitação e da checagem do corpo ser a expressão da questão central dos transtornos alimentares, ambas apresentam-se de uma forma inversamente proporcional nos ciclos dos transtornos. Shafran *et al.* (2004) identificaram que, quando os pacientes com transtornos alimentares estão engajados em comportamentos restritivos, assumem um padrão de “alta-checagem”. A constatação de alguma perda de peso, apenas leva a um aumento do padrão de checagem, o que pode ser explicado pela busca de manter o sucesso de seu controle alimentar. Em compensação, 61% dos pacientes deste estudo relataram que evitam ativamente tomar conhecimento de seu corpo se estiverem constatado ter havido aumento de peso. Essa fase pode coincidir com períodos de comer compulsivo, quando as pacientes constataam que a perda do controle foi inevitável, apesar de seus esforços.

Em um estudo com pessoas obesas, Reas *et al.* (2005) concluíram que há uma relação positiva entre checagem e evitação, que se alternam. Os sujeitos vacilam entre sentimentos de estar dentro ou fora de controle, marcados por períodos de checagem intensa e evitação, respectivamente. Grilo *et al.* (2005) concluíram que a evitação do corpo é a face oposta da checagem, duas faces distintas de uma mesma estrutura de funcionamento. Os autores destacaram a estreita relação entre o comer compulsivo e o “alto padrão de evitação”, contrapondo-se à ligação mais próxima entre a restrição alimentar e o “alto padrão de checagem”. A checagem e a evitação correlacionam-se positivamente com a superestimação do peso e da forma do corpo. Destacam também que os homens adotam comportamentos de checagem tanto quanto as mulheres, mas que estas adotam mais a evitação que os homens.

O papel da checagem e da evitação como fontes de realimentação de uma apreciação negativa do corpo não se encena apenas nos transtornos alimentares. No estudo de Shafran *et al.* (2004), descobriu-se que pessoas saudáveis também adotam comportamentos de checagem frequentes, porém mais direcionados para a face e também evitam a exposição do corpo. Tanto as pessoas saudáveis como as que apresentam obesidade ou transtornos alimentares tem uma alta frequência da pesagem.

Uma outra importante conclusão deste estudo é a constatação de que metade das pessoas entrevistadas começaram a fazer a checagem do corpo após o início de uma dieta ou quando tiveram alguma perda de peso, antes da instalação de qualquer quadro clínico. Etcoff *et al.* (2004) descobriram num estudo mundial sobre a beleza da mulher que, apesar da maioria das mulheres se acharem “medianas” para os quesitos de beleza e aparência, 47% acham que seu peso corporal é muito acima do normal – uma tendência que cresce com a idade. Considerando que há uma ligação entre o aparecimento dos comportamentos de checagem e evitação após a adoção de dietas em um grande número de pessoas, acredita-se ser relevante um acompanhamento próximo das pessoas saudáveis que adotam dietas para perda de peso.

A Atuação do Profissional de Saúde

Percorremos um caminho neste texto, aproximando-nos da idéia de que a manutenção e alterações do peso e a escolha pelos alimentos não é apenas uma questão de definição e contagem de calorias. Não é apenas uma questão cognitiva, de saber o que é adequado e as quantidades necessárias. Nossas escolhas pelos alimentos são coloridas pelo contexto social que ocupamos e também pelas nossas experiências afetivas no mundo.

Nesse sentido, a atuação do profissional de saúde deve também considerar esses aspectos, inscritos nas entrelinhas do discurso de nossos alunos/pacientes que nos procuram para o estabelecimento de uma intervenção no peso/forma do corpo e nos hábitos alimentares. Atender às necessidades dessa pessoa implica em considerar tanto os aspectos ambientais que o cercam quanto as experiências vividas pelo sujeito e suas percepções.


A atuação do profissional de saúde interfere na identidade corporal do sujeito. Cada fala do paciente/aluno é única e é preciso prontidão do profissional para perceber essa singularidade. Como lembra Tavares (2003), é fundamental que o profissional tenha sua Imagem Corporal bem desenvolvida, já tendo lidado com suas perdas, reconhecendo-se sujeito com potencialidades e limitações. Sendo assim, e a partir do ouvir empático, haverá um espaço facilitador para um processo de diferenciação e reconstrução da identidade corporal da pessoa.

Referências

- BIDAUD, E. *Anorexia mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.
- CAMPANA, A.N.N.B., TAVARES, M.C.G.C.F., CATUSSO, R.L, Anorexia nervosa: o não comer e as marcas no corpo. In: TAVARES, M.C.G.C.F (Org). *O Dinamismo da Imagem Corporal*. São Paulo: Phorte, 2007

- CASH, T.F. Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. In: CASH, T., PRUZINSKY, T. *Body Image: a handbook of theory, research & clinical practice*. Nova Iorque: Guilford Press, 2004.
- DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo:Perspectiva, 2001.
- DOMAR, A.D.; DREHER, H. *Equilíbrio Mente/Corpo na Mulher: uma abordagem holística para administrar o estresse e assumir o controle de sua vida*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- ETCOFF, N., ORBACH, S., SCOTT, J., D'AGOSTINO, H. *A verdade sobre a beleza : um relatório global*. [on line]. Disponível em http://www.campaignforrealbeauty.com/uploadedfiles/dove_white_paper_final.pdf Acessado em 01/11/2006.
- FAIRBURN, C.G, SHAFRAN, R., COOPER, Z. A Cognitive Behavioural Theory of Anorexia Nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, v.37, p.1-13, 1998.
- GRILO, C.M., REAS,D.L., BRODY,M.L., BURKE-MARTINDALE, C.H., ROTHSCHILD, B.S., MASHEB, R.M. Body checking and avoidance and the core features of eating disorders among obese men and women seeking bariatric surgery. *Behaviour Research and Therapy*, v.43, p.629 – 637, 2005
- MINTZ, S.W. Comida e antropologia: uma breve revisão. *Revista brasileira de Ciências Sociais*. Vol.16, no.47 , p.31-42, 2001
- NAKAMURA, E. Representações sobre o corpo e hábitos alimentares; o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares. In: BUSSE,S.R. (org) *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Barueri: Manole, 2004
- REAS, D.L., WHISENHUNT, B.L., NETEMEYER, R., WILLIAMSON, D.A. Development of the Body Checking Questionnaire: A Self-Report Measure of Body Checking Behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, v.31, n.3, 2002.
- REAS, D.L., GRILO, C.M., MASHEB, R.M., WILSON, G.T. Body Checking and Avoidance in Overweight Patients with Binge Eating Disorder *International Journal of Eating Disorders*, v.37, p.342-346, 2005
- ROSEN, J.C, SREBNIK, D., SALTZBERG, E., WENDT, S. Development of a Body Image Avoidance questionnaire. *Psychological Assessment: a journal of consulting and clinical psychology*. v. 3, p. 32-37, 1991.
- ROSEN, J.C, OROSAN, P., REITER, J., Cognitive behavior Therapy form negative Body Image in Obese Women. *Behavior Therapy*, v.26, p.25-42, 1995

- SHAFRAN, R., FAIRBURN, C.G., ROBINSON, P., LASK, B. Body Checking and its Avoidance in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorder*, v.35, p.93-101, 2004.
- TAVARES, M.C.G.C.F. *Imagem Corporal: Conceito e Desenvolvimento*. Barreiri: Manole, 2003.
- TAVARES, M.C.G.C.F., CATUSSO, R.L E a afetividade? In: TAVARES, M.C.G.C.F (Org). *O Dinamismo da Imagem Corporal*. São Paulo: Phorte, 2007.



Capítulo 6

Comentários Sociológicos da Cultura Alimentar



MARCO ANTONIO BETTINE DE ALMEIDA

PROF. DR. EM EDUCAÇÃO FÍSICA

ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE DE RIBEIRÃO PRETO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

GUSTAVO LUIS GUTIERREZ

PROFESSOR TITULAR EM INTERRELAÇÕES DO LAZER NA SOCIEDADE

FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA – UNICAMP

ROBERTO VILARTA

PROFESSOR TITULAR EM QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE COLETIVA E

ATIVIDADE FÍSICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA – UNICAMP

A alimentação pode ser entendida por inúmeras perspectivas, como ilustram os capítulos deste livro que tratam da Qualidade de Vida e Cultura Alimentar. Os estudos, apesar de independentes, são complementares porque abordam a questão de maneira ampla, buscando respostas sociais, econômicas, nutricionais, pedagógicas e políticas para o problema da alimentação.

Podemos exemplificar essa pluralidade apresentando algumas perspectivas, como os estudos econômicos que buscam compreender as relações entre a oferta e a demanda, o abastecimento, os preços dos alimentos e a renda das famílias (DUTRA, 2004); a nutricional que enfoca as características

dos alimentos indispensáveis à saúde e ao bem-estar do indivíduo (MENEZES, 2001); a social, voltada para as relações entre a alimentação e grupo social, classes e estruturas de poder, os ritmos e estilos de vida (MENASCHE e MACIEL, 2003); a cultural alicerçada no gosto e hábitos, as tradições culinárias e as repulsões, os ritos e as formas de apresentar o alimento (MINTZ, 2001).

Todas essas perspectivas reunidas revelam a importância dos fatores sociológicos na determinação do tipo de consumo alimentar da população e as preocupações políticas que estão em voga quando o assunto é a condição, o acesso e a qualidade do que as pessoas comem. Daí a importância de uma abordagem multidisciplinar para a compreensão da situação alimentar. No entanto, percebemos que estudos desse porte são uma minoria no campo de conhecimento de Qualidade de Vida e Cultura Alimentar, carecendo de abordagens que consigam dar conta do fenômeno de maneira abrangente.

Esse é o grande desafio dos capítulos que compõem este livro, atingir a pluralidade sem perder a especificidade. Além disso, no contexto atual, deve-se enfatizar o caráter dinâmico e diversificado dos modelos de consumo, ou seja, a maneira como se constroem e evoluem as formas de se alimentar ao longo do tempo.

A Estética do Saudável

A questão da alimentação no Brasil ganhou relevância acadêmica principalmente após os estudos sobre a fome de Josué de Castro. A influência de Castro reverberou em outras áreas, como a das artes audiovisuais, consagrando filmes de Glauber Rocha com o Cinema Novo e a Estética da Fome, influenciando meios teatrais e musicais. Podemos recordar a tropicália, Gilberto Gil e Caetano Veloso, bem como os sambas de protesto de Chico Buarque que tratam do tema.

A estética da fome foi transformada pela estética da gula. Hoje nos causa maior impacto a versão cinematográfica e documental de obesos mórbidos, do que as cenas gritantes das crianças na Somália da década de 1990, durante os duros

anos de Guerra Civil. Isso mostra que o conceito de alimentação e de preocupação alimentar é socialmente construído, bem como a estética do saudável. Será que nos acostumamos a visualizar modelos vítimas da anorexia e bulimia, com as roupas da última moda, transformando o sentido do que seja um corpo saudável?

Passados os estudos da fome e sua estética, bem como a transformação do saudável nas artes, o conceito de Cultura Alimentar ganha contornos mais complexos do que constatar a presença, ou ausência, de alimentos. Hoje se fala em segurança alimentar e nutricional como um direito humano que deve ser garantido pelo Estado. Implica na garantia a todos de alimentos básicos de qualidade e em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais (COLLAÇO, 2003).

O conceito também prescreve práticas alimentares saudáveis, de modo a contribuir para uma existência digna num contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana. A essa definição somam-se outros aspectos como: (a) soberania alimentar – frente aos fluxos de ampliação dos *fast foods* pelo mundo, que, por vezes, substituem as comidas típicas que possuem um valor nutricional historicamente construído e muitas vezes contêm nutrientes que se adaptam às particularidades regionais; (b) a defesa da sustentabilidade do sistema agro-alimentar, baseado no uso de tecnologias ecologicamente sustentáveis – utilização de recursos que agridam menos o meio ambiente, discutindo a questão da necessidade de produção de alimentos *versus* os problemas de distribuição e acesso; por fim, (c) a questão da preservação da Cultura Alimentar – hoje se consolida a comida *light* como monocultura alimentar, a idéia é introduzir novos hábitos sem perder as características culturais, descobrindo os motivos daquele alimento e reconstruindo as necessidades populacionais.

Acesso *versus* Hábito Alimentar

Podemos aprofundar o tema de Cultura Alimentar ao discutir a importância dos “sistemas alimentares” como uma resposta à necessidade de se analisar a alimentação em função dos processos de produção e de consumo, assim como de todas as etapas intermediárias, no contexto da sociedade num sentido mais amplo (MESSER, 1995).

Fazendo uma rápida exposição deste programa, podemos entendê-lo como a não redução da alimentação a números calóricos, e sim sua contextualização dentro do universo maior do educar para se alimentar, conduzindo o processo num meio cultural particular, que vai desde a produção até o consumo do alimento (MINTZ, 2001). Trata-se, portanto, de considerar todos os determinantes do consumo alimentar, a partir das relações estabelecidas entre os diferentes agentes sociais participantes da cadeia alimentar: produtores, distribuidores e consumidores. Dessa forma, as especificidades locais, inclusive culturais, também seriam levadas em conta no estudo dessas relações e na definição de estratégias no campo da alimentação.

Mesmo com as novas mudanças de hábitos, não podemos esquecer que o ato de comer é construído culturalmente, e que sempre foi mediado por regras dietéticas, com múltiplas origens e finalidades, muitas vezes elaboradas a partir de diversas formas de saber, como o conhecimento científico, o senso comum e as religiões (CANESQUI, 1988).

Nesse sentido, podemos compreender a cultura alimentar como um sistema simbólico, ou seja, um conjunto de mecanismos de controle, planos, receitas, regras e instruções que governam o comportamento humano quando o assunto é comer (BRANDÃO, 1981). Esses símbolos e significados são partilhados entre os membros do sistema cultural, assumindo um caráter público e, portanto, não individual ou privado.

A Cultura Alimentar é formulada, principalmente, por meio da atividade prática e do interesse utilitário (COLLAÇO, 2003). Atividade prática abarca desde as condições objetivas para a produção do alimento até as possibilidades de adquiri-lo, seja pela troca através de moeda, seja pelas con-

dições corpóreas para colher o alimento. O interesse utilitário é o valor simbólico que determinado agrupamento dá ao alimento. Portanto, a Cultura Alimentar é definida por meio das pressões materiais impostas pelo cotidiano e também pelo sistema simbólico, numa relação entre facilidade de adquirir o alimento *versus* o valor cultural que ele possui em determinada sociedade.

Para exemplificar essa afirmativa, podemos apontar os estudos (MINTZ, 2001) que abordam as mudanças alimentares em virtude da aquisição material e acesso aos bens. Grupos populacionais da Ásia e África que tiveram maiores condições financeiras ao longo do tempo foram paulatinamente substituindo sua base alimentar de tubérculos, para cereais e, posteriormente, incorporaram na sua dieta a carne (MINTZ, 2001).

Por isso é complicado apontar as questões culturais e simbólicas como únicos componentes da Cultura Alimentar. A incorporação de hábitos e os alimentos adquiridos a partir das facilidades materiais foram culturalmente determinados de acordo com as tradições do lugar. Pode-se dizer que a dieta de uma determinada população relaciona-se com os símbolos compartilhados pelo grupo e suas condições materiais de obtenção dos alimentos. Ou, utilizando os termos da Qualidade de Vida, a alimentação é resultado de uma relação entre as Condições de Vida (acesso) e Estilo de Vida (símbolos).

Caráter Simbólico do Alimento

Podemos interpretar as regras que constituem o sistema simbólico como parte integrante do mundo das reações espontâneas, e portanto incorporadas pelo sujeito social, onde se constroem os hábitos alimentares. As regras que constituem o sistema simbólico são, em sua formulação, partes da construção racional do homem e possuem uma nítida intenção de disciplinar o comportamento humano para a vida em comunidade.

À luz dessas afirmações, pode-se apontar que nossos hábitos alimentares fazem parte de um sistema cultural repleto de símbolos, significados e classificações, de modo que nenhum alimento está livre das associações culturais que a sociedade

lhe atribui (LÉVI-STRAUSS, 1973). Nesse caminho, vale dizer que essas associações determinam aquilo que comemos e bebemos, o que é comestível e o que não o é. Símbolos, significados, situações, comportamentos e imagens que envolvem a alimentação podem ser analisados como um sistema de comunicação, no sentido de que comunicam aspectos da sociedade que se pretende analisar.

A construção da linguagem pelo alimento não é de difícil visualização. Nos banquetes de Platão o estar à mesa é tão importante quanto os Discursos do Amor Platônico; as Feiras na Idade Média, e ainda hoje em muitos locais do Brasil, são importantes pontos de encontro tanto para o comércio quanto para as festas; para a Religião Cristã podemos lembrar o milagre dos pães e a transformação do corpo de Cristo na Última Ceia, imortalizada no quadro de Leonardo Da Vinci. São pequenos exemplos de como há cultura e símbolos em torno do alimentar-se.

Um outro aspecto da cultura alimentar refere-se ao que dá sentido às escolhas e aos hábitos alimentares: as identidades sociais. Sejam as escolhas modernas ou tradicionais, o comportamento relativo à comida liga-se diretamente ao sentido que conferimos a nós mesmos e à nossa identidade social. Desse modo, práticas alimentares revelam a cultura em que cada um está inserido, visto que comidas são associadas a povos em particular (COLLAÇO, 2003).

Por exemplo, gafanhotos, na cultura urbana paulista, seriam insetos e nada mais que isso. Serpentes são para dar medo, bem como os escorpiões. Na Cultura Alimentar da Ásia, estes seres podem possuir um significado muito diferente.

A Combinação Simbólica entre a Religiosidade e o Alimento

Não é demais afirmar que aprendemos desde cedo a incorporar gostos, alimentos e tipos de comida, e esse aprendizado, apesar de individual, insere-se no contexto cultural mais amplo. A comida e o comer assumem uma posição importante na construção das teias sociais de relacionamento de cada comunidade, influenciando a vida cotidiana. Esse aprendizado, inserido em diferentes grupos sociais, determina a valorização dos diferentes alimentos, qualificando-os pelo sabor, gosto, estética e, muitas vezes, pelo preço. Define, também, o momento particular de consumir determinado alimento, sequências de pratos, melhores receitas e dias específicos para comer esse ou aquele alimento. Em cada data comemorativa um prato, em cada região do planeta, é o mais indicado para se servir à mesa.

Essas questões de Cultura Alimentar são tão complexas que estudos de grupos sociais são feitos de forma longitudinal, analisando inclusive aspectos religiosos, considerados pelos antropólogos como importante aspecto de formação da Cultura Alimentar (SAHLINS, 1979). As grandes religiões monoteístas, por exemplo, sempre se preocuparam, em seus livros sagrados, com estabelecer tabus alimentares, delimitando o que os seguidores podem ou não comer. Regras dietéticas estão presentes na Bíblia, no Levítico e no Deuteronômio, classificando os animais em puros e impuros, permitidos ou proibidos para consumo. Assim, se fossemos da religião judaica poderíamos comer animais que têm unha fendida dividida em duas e que ruminam, como boi, ovelha, cabra; mas não comeríamos aqueles que só apresentam uma dessas características, como camelo, lebre, porco, com unha fendida mas que não são ruminantes. Essa lista segue com os que vivem na água, são comestíveis aqueles com barbatanas e escamas, mas são imundos os que não têm essas duas características (TOPEL, 2003).

Discute-se se as proibições de consumo de determinados alimentos pretendem proteger o “organismo biológico” do indivíduo ou, ainda, defender o “organismo social” dos membros de determinado grupo religioso fixando suas identidades

em contraponto às identidades de outros grupos religiosos (SAHLINS, 1979). A resposta a essa questão parece simples: tanto os alimentos tendem a proteger o indivíduo e seu bem estar, quanto à comunidade. Marshal Sahlins, ao discutir o consumo de carne de porco pela religião judaica, apresenta tanto a dificuldade de digestão da carne, como a dificuldade de criação do porco dada a escassez de água e impurezas próprias do animal.

Essas regras dietéticas têm um caráter prático, fundado no conhecimento das propriedades dos alimentos, como também fazem parte de um sistema simbólico mais amplo, ancorado na idéia de sagrado (LÉVI-STRAUSS, 1973).

Com o tempo a opção por determinados alimentos em detrimento de outros acaba por construir, no grupo, a formação do gosto. O que se come afeta na maneira dos indivíduos conceberem e classificarem as qualidades do gosto, formando preferências pelos sabores (doce, amargo, salgado, picante etc.). Assim, a textura e o sabor constituem, em boa medida, o que é familiar nos alimentos e o que pode influir na aceitação de novos alimentos. As características visuais, como a cor, forma e aparência de conjunto, também afetam a aceitabilidade e as preferências alimentares, pois configuram aspectos do simbolismo alimentar (MINTZ, 2001).

Sobre essa dimensão simbólica, Bourdieu (1983) afirma que as pessoas e os extratos sociais se distinguem pela maneira como as pessoas usam os bens materiais e simbólicos de uma sociedade, dando sentido ao mundo social. Por esse motivo é importante compreender os aspectos da Cultura Alimentar para construir formas de intervenção na dieta de determinada sociedade ou indivíduo.

Quanto à sociedade, sublinha-se a preocupação com o respeito à preservação da cultura alimentar de cada povo. Nesse sentido, cada país deve ter condições de assegurar sua alimentação, sem que lhe seja imposto um padrão alimentar estranho às suas características e tradições. Essa concepção surge como uma reivindicação feita por grupos que percebem suas práticas alimentares ameaçadas pelos efeitos da globalização. Entre os efeitos nocivos, destaca-se a perda da soberania desses países em decidir o que produzir e comer. Também é denunciada a

tendência global à massificação do gosto alimentar, observada a partir da preferência dos consumidores por produtos industrializados em detrimento dos produtos *in natura*.

Quanto ao indivíduo, cabe desenvolver a busca por dietas e formas de intervenção na alimentação de maneira a contemplar as características essenciais da sua Cultura Alimentar, principalmente quanto à preservação dos sentidos (olfato, tato, paladar e visão) que os alimentos estimulam. Portanto, o ato da busca, da escolha, do consumo, assim como as proibições do uso de certos alimentos, dentre todos os grupos sociais, são ditados por regras sociais diversas, carregadas de significados. Apreender a especificidade cultural dessas regras sociais, as quais precisam ser explicadas em cada contexto particular, é de extrema importância, pois o alimento constitui uma linguagem.

Referências


- BOURDIEU, P. *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.
- BRANDÃO, R. *Plantar, colher e comer*. Rio de Janeiro: Edição Graal, 1981.
- CANESQUI, A. Anthropology and eating. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.1, n.22, p.207-216, 1988.
- COLLAÇO J. Um olhar antropológico sobre o hábito de comer fora. Campos – *Revista de Antropologia Social, Paraná*, v.1, n.4, p.171-194, 2003.
- DUTRA R. Nação, região, cidadania: a construção das cozinhas regionais no projeto nacional brasileiro. Campos – *Revista de Antropologia Social*, v.1 n.5, p.93-110, 2004.
- LÉVI-STRAUSS, C. *Les structures élémentaires de la parenté*. 2ª ed. Paris: Mouton; 1973.
- MENASCHE R, Maciel M. Alimentação e cultura, identidade e cidadania. *Revista Democracia Viva*. Especial Segurança Alimentar 16. Rio de Janeiro: Ibase; mai-jun, v.3, n.7, 2003.
- MENEZES. *Segurança alimentar: um conceito em disputa e construção*. Rio de Janeiro: Ibase, 2001.
- MESSER, E. Perspectivas antropológicas sobre a dieta. In: CONTRE-

RAS, J. (org.). *Alimentação e cultura*. Barcelona: Universidade de Barcelona, 1995.

MINTZ S. Comida e antropologia. Uma breve revisão. *Cadernos de Ciências Sociais*, v.16, n.47, p.31-41, 2001.

SAHLINS, M. *Cultura e razão prática*. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.

TOPEL, M. As leis dietéticas judaicas: um prato cheio para a antropologia. *Horiz Antropol*, v.1, n.9, p.203-222, 2003.



Capítulo 7

Evolução do Conhecimento Científico das Doenças Crônicas não Transmissíveis e sua Relação com a Cultura Alimentar



DANIÉLA OLIVEIRA MAGRO

NUTRICIONISTA

DOUTORA EM SAÚDE COLETIVA – FCM – UNICAMP

PESQUISADORA DA DISCIPLINA DE MOLÉSTIAS

INFECCIOSAS DO DEPARTAMENTO DE CLÍNICA

MEDICA DA FCM – UNICAMP

As doenças cardiovasculares são consideradas como a primeira causa de morte no Brasil, gerando enormes custos para a saúde pública. O aumento significativo da incidência de doenças do sistema circulatório é reflexo da transição nutricional, que é caracterizada pela diminuição dos casos de desnutrição e o aumento dos casos de sobrepeso e obesidade, evidente em todo o mundo¹.

Os hábitos alimentares não saudáveis e o comportamento sedentário das últimas décadas vêm contribuindo para o aumento do sobrepeso e obesidade. O estilo de vida moderno proporcionado pelos avanços econômicos, sociais e tecnológicos contribuiu de forma indireta, para o crescente aumento da obesidade².

Atualmente, o sobrepeso e a obesidade atingem proporções epidêmicas em países como os Estados Unidos, aumentando em todas as idades, raças, sexos e grupos étnicos, inclusive em países em desenvolvimento como o Brasil³. A obesi-

dade vem sendo reconhecida como uma doença crônica, que necessita de tratamento em longo prazo para a obtenção de resultados satisfatórios em relação à perda e manutenção de peso corporal².

Além da susceptibilidade genética e da idade, a hipertensão arterial, as dislipidemias, a obesidade, o diabetes mellitus e alguns hábitos de vida são considerados importantes fatores para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares¹ e/ou para o surgimento da Síndrome Metabólica (SM).

A SM representa uma situação clínica caracterizada por um agrupamento de fatores de risco para doença cardiovascular, entre eles, a hipertensão arterial, a dislipidemia, a obesidade visceral e as manifestações da disfunção endotelial⁴. Além de ser uma condição de risco para o desenvolvimento de doenças ateroscleróticas sistêmicas, em especial a coronariana, está francamente relacionada ao desenvolvimento do diabetes tipo 2⁵.

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome metabólica estão o sobrepeso: $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$ ou cintura $> 102 \text{ cm}$ em homens e $> 88 \text{ cm}$ em mulheres; hábitos de vida sedentários; idade acima de 40 anos; etnia não caucasóide; história pessoal de intolerância à glicose; história pessoal de diabetes gestacional; diagnóstico de hipertensão arterial; dislipidemia ou doença cardiovascular; presença de acantose nigricans ou síndrome dos ovários policísticos e história familiar de diabetes tipo 2².

A simples medida da circunferência da cintura correlaciona-se bem com a área visceral de gordura medida por tomografia computadorizada, devendo ser utilizada como um marcador de adiposidade central, pois é independente do IMC, assim a circunferência da cintura se associa diretamente à incidência de doenças coronarianas².

A diminuição da exposição ou a remoção dos fatores de risco são pontos importantes a serem considerados para a redução da mortalidade, redução da prevalência e surgimento mais tardio de doenças ateroscleróticas, isquêmicas e cerebrovasculares¹⁻³.

Entre os principais hábitos de vida envolvidos no desenvolvimento dessas doenças estão o tabagismo, o sedentarismo

e uma alimentação com alto teor energético, rica em gorduras saturadas e ácidos graxos Trans, colesterol e sal¹.

O tratamento da SM, que precede o surgimento de doenças cardiovasculares e do Diabetes tipo 2, pode ser direcionado para as suas diversas manifestações. Pode-se tratar a dislipidemia, a disglícemia, a hipertensão, utilizando-se abordagens específicas farmacológicas para cada um desses componentes. Ou então, tratamentos conservadores, não farmacológicos, como a dietoterapia e exercícios físicos que reduzem a obesidade visceral e a resistência à insulina, com benefícios diversos sobre as manifestações clínicas da SM, como a melhora do perfil lipídico, controle glicêmico e da pressão arterial⁶, podendo-se associar o tratamento farmacológico ao tratamento conservador.

A grande maioria das anormalidades da SM responde satisfatoriamente às modificações no estilo de vida, como a redução do peso, dieta saudável, exercício regular e cessação do fumo^{6,7}. É desejada a perda de peso de 7 a 10% em seis a doze meses, acompanhada da prática de atividade física^{2,3}. A perda ponderal deve ser moderada e progressiva.

A Alimentação e a sua Relação com as Doenças Crônicas não Transmissíveis

Gordura Dietética e Ácidos Graxos

As recomendações atuais indicam que a dieta deve conter 30% ou menos de gorduras do total de calorias ingeridas^{8,9}, para diminuir o risco de doenças cardiovasculares e câncer.

Os estudos apontam que as gorduras saturadas aumentam os níveis séricos de colesterol, as poliinsaturadas diminuem e as gorduras monoinsaturadas não influenciam nos níveis séricos de colesterol^{10,11}.

Na dieta, a substituição de gordura saturada por carboidratos (o básico das dietas da *American Heart Association*), tende a reduzir o HDL-colesterol bem como o colesterol total e o LDL-colesterol; entretanto, essas reduções não são tão satisfatórias, uma vez que o HDL-colesterol possui relação inversa

com as doenças cardiovasculares. Em contraste, a substituição de gordura saturada, por gordura monoinsaturada, reduz os níveis de LDL-colesterol, sem afetar o HDL-colesterol¹².

O consumo de 1 grama por dia de ácido graxo ômega-3, pode prevenir notoriamente arritmias cardíacas, bem como a ingestão de peixes, por 2 vezes na semana, que pode reduzir potencialmente as mortes súbitas¹⁴.

Os lipídios que mais contribuem para o aumento do LDL-colesterol são os ácidos graxos trans isômeros, em maior grau do que o colesterol dietético. Os ácidos graxos trans, produzidos a partir da hidrogenação dos óleos, além de aumentarem os níveis séricos de LDL-colesterol, diminuem o HDL-colesterol, piorando a função endotelial, em comparação à gordura saturada^{2,13}. A gordura trans está associada à alteração na ação da insulina, à diminuição da tolerância à glicose e à elevação da glicemia de jejum, aumentando os riscos de doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2 em função do seu efeito de marcador inflamatório^{13,14}. Os estudos demonstraram que a gordura trans está mais associada com o aumento das doenças cardiovasculares e metabólicas do que a própria gordura saturada¹⁴. O consumo de carne vermelha, particularmente a processada, está associado com o aumento do risco de doenças cardiovasculares, metabólicas e alguns tipos de cânceres¹⁵.

Os países industrializados consomem entre 4 a 7% de gordura trans diariamente. A recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é que o consumo seja menos que 1% do valor energético diário total. Dietas de 2000 calorias devem conter no máximo 2,2g de gordura trans¹³. Essa gordura começou a ser usada pela indústria alimentícia, em larga escala, a partir da década de 80, para aumentar o prazo de validade dos alimentos e deixá-los mais crocantes ou cremosos. Assim sendo, a maioria dos alimentos industrializados (fast foods, bolachas, biscoitos, bolos, doces, batata frita, margarinas, etc.), podem conter ácidos graxos trans ou gordura hidrogenada em até 40% da sua composição. É prudente ler os rótulos dos alimentos industrializados e checar a quantidade de gordura trans presente no produto. A quantidade ingerida, no dia, não deve ultrapassar as recomendações preconizadas.

Acredita-se que o decréscimo de gordura dietética pode reduzir a incidência de cânceres de mama, cólon, reto e próstata. Esses tipos de cânceres são mais frequentes em populações que consomem mais gordura animal, principalmente a carne vermelha, quando comparadas aos países mais pobres ou orientais¹⁴.

A contribuição das gorduras nos processos fisiopatológicos, não se resume apenas ao seu papel adipogênico, mas à sua forte associação ao fenômeno de resistência periférica à ação da insulina. Os ácidos graxos saturados, esteárico e palmítico provocam maior secreção pancreática de insulina, seguidos pelos ácidos graxos poliinsaturados, oléico e linoléico. A gordura poliinsaturada, em comparação à gordura saturada aumenta o número de ligações da insulina a receptores melhorando o transporte de glicose nas células².

Demonstrou-se ainda em humanos, a existência de que a alimentação rica em gordura pode ter efeitos deletérios para as células betas. Dessa forma, o excesso de gordura dietética pode predispor ao desenvolvimento do diabetes tipo 2, particularmente devido à elevação dos ácidos graxos livres no plasma². Há algumas evidências de que indivíduos com SM emagrecem mais com dieta mediterrânea (pobre em gordura saturada e rica em ácidos graxos poli e monoinsaturados, fibras, frutas e cereais) quando comparada à dieta convencional¹⁶.

Carboidratos

Assim como as gorduras, o aumento na ingestão de carboidratos pode causar efeitos prejudiciais e alterações metabólicas, tais como o aumento nos níveis séricos de triglicérides e redução do HDL-colesterol, agravando o contexto de resistência à insulina¹².

As consequências adversas causadas pelo aumento no consumo de carboidratos refinados aparecem como resultado da rápida digestão e absorção desses alimentos, em função da perda de fibras e micronutrientes durante o processo de industrialização¹⁴. A resposta glicêmica após a ingestão de carboidratos pode ser caracterizada como índice glicêmico.

O índice glicêmico é um indicador da qualidade do carboidrato ingerido. Os alimentos com baixo índice glicêmico promovem menor elevação da glicemia pós-prandial, devida à sua lenta taxa de absorção e digestão. Por outro lado, os alimentos com alto índice glicêmico proporcionam um maior aumento da glicemia por serem digeridos e absorvidos mais rapidamente¹.

O consumo de alimentos com alto índice glicêmico, tais como os carboidratos refinados e o açúcar, favorecem o aumento da manifestação de resistência à insulina e doenças cardiovasculares^{1,14}.

O estudo clássico Framingham Offspring Study¹⁷, no qual 2.834 indivíduos se submeteram a inquérito alimentar e avaliação da sensibilidade à insulina pelo modelo HOMA-IR, identificou que o índice glicêmico dos alimentos e a quantidade de açúcar ingerida apresentaram relação direta com a resistência à insulina. No que se refere a fibras – vegetais, grãos e cereais –, os autores verificaram que, à medida que se aumentava o consumo de fibras, havia menor resistência à insulina. Esses achados sugeriram que os alimentos pobres em carboidratos de absorção rápida e com maior teor de fibras melhoravam a sensibilidade à insulina.

Outro estudo avaliou 72 indivíduos com sobrepeso e obesidade e SM, quanto ao tipo de carboidrato ingerido. O objetivo era avaliar modificações na sensibilidade insulínica e tolerância à glicose, independente da perda ponderal. Não houve diferença significativa em relação à perda de peso entre os grupos. Em relação ao tipo de carboidrato avaliado, o grupo que ingeriu pão branco e macarrão apresentou maior índice insulínogênico (índice de secreção de insulina) em relação ao grupo que ingeriu aveia e pão integral ($p= 0,026$). Os autores concluíram que, em pacientes com SM, os carboidratos simples modificam a secreção de insulina, aumentando ainda mais a intolerância à glicose e favorecendo o desenvolvimento do diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares¹⁸.

A hiperglicemia pós-prandial pode causar glicosilação das LDLs, tornando essas lipoproteínas lesivas ao endotélio e iniciar um processo inflamatório, progredindo para o desenvolvimento de aterosclerose. Outra consideração se refere à elevação da insulinemia, como resultado da elevação glicêmica.

A hiperinsulinemia predispõe ao desenvolvimento de dislipidemias, hipertensão arterial e disfunção endotelial^{1,14}.

Sob outro prisma, alguns autores enfatizam que, independente da composição da dieta, a perda de 10% e a manutenção da perda de peso, melhora a sensibilidade insulínica e consequentemente as demais manifestações clínicas da SM¹⁹, sendo o importante à redução do consumo calórico total e consequentemente o controle da quantidade de carboidratos ingeridos.

Proteínas

O excesso de proteína na dieta, principalmente a de origem animal, pode levar ao aumento dos lipídios séricos e ao aumento de doenças cardiovasculares¹⁴.

Já o consumo de peixe está relacionado à diminuição do risco de morte cardíaca súbita, provavelmente em função do conteúdo de ômega-3. Também, o consumo regular de oleaginosas (castanhas, nozes, avelã) está inversamente relacionado ao risco cardiovascular e de diabetes tipo 2, pelo aumento de ácidos graxos insaturados, micronutrientes e outros fitoquímicos²⁰.

O produto à base de soja contém gordura poliinsaturada que supostamente pode ser benéfica para a diminuição do risco cardiovascular. Evidentemente, a relação dietética entre a maior ingestão de carne vermelha, principalmente a processada, e menor consumo de aves e peixes está positivamente relacionada ao risco de doenças cardiovasculares, alguns tipos de cânceres e diabetes tipo 2¹⁴

A carne vermelha deve ser consumida ocasionalmente, e a alternativa saudável para a adequação de proteínas seria a ingestão de aves; peixes; oleaginosas e vegetais (leguminosas).

Consumo de Sal e Carnes Processadas

A redução na ingestão de sal (cloreto de sódio) de 8-10g/dia para menos de 6g/dia reduz moderadamente a pressão arterial¹⁴.

A redução de 3g/dia de sal reduz a incidência de infarto em 22% e de doenças cardiovasculares em 16%¹⁴. O consumo excessivo de sal está ainda associado ao câncer de estômago²¹.

A política para a redução de sal deveria ser mais abrangente, reduzindo o consumo particularmente em alimentos processados e em instituições.

Consumo de Cálcio

As recomendações para a adequação na ingestão de cálcio devem-se primariamente a manutenção da saúde óssea. A suplementação de cálcio quando combinada com a vitamina D reduz a incidência de fraturas. A ingestão adequada de cálcio ainda está associada à diminuição de hipertensão arterial e câncer de cólon¹⁴.

A recomendação de cálcio para mulheres com mais de 50 anos é de 1200mg/dia. O efeito para a redução de osteopenia e osteoporose é potencializado quando associado à atividade física e à ingestão de vitamina D.

A ingestão adequada de cálcio pode ser particularmente importante para o crescimento de crianças e adolescentes, lactantes e idosos. A suplementação deve ser considerada se a ingestão dietética for insuficiente.

Considerações Finais

Aprender a alimentar-se de forma adequada, optando por escolhas de alimentos saudáveis é a única maneira de atingir e manter um peso adequado.


O melhor caminho para diminuir o risco de resistência à insulina e consequentemente da SM é a modificação no estilo de vida, incluindo atividade física regular, manutenção do peso saudável, diminuição da ingestão de gorduras, principalmente a saturada e ácidos graxos trans e cessar o tabagismo.

A descrição de uma dieta saudável pode ser feita através da organização de informações correntes, porém, as conclusões são subjetivas, já que mudam em função dos novos dados e conhecimento. Entretanto, a maioria das doenças que contribuem para a mortalidade e morbidade nos Estados Unidos, por muitas décadas, está associada à dieta e hábitos de vida da população.

Referências

1. CARVALHO, G.Q. Índice glicêmico: uma abordagem crítica acerca de sua utilização na prevenção e no tratamento de fatores de risco cardiovasculares. *Revista de Nutrição, Campinas*, 21(5):577-587, set/out, 2008.
2. LOTTENBERG, A.M.P. Tratamento dietético da obesidade. *Einstein*, Supl 1:S23-S28, 2006.
3. WAJCHENBERG, B.L. *Einstein*, Supl 1: viii, 2006.
4. REAVEN, G.M. Banting lecture. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes*; 37:1595-607, 1988.
5. PICON, P.X., Zanatta, C.M., Gerchman, F., Zelmanovitz, T., Gross, J.L., Canani, L.H. Análise dos Critérios de Definição de Síndrome Metabólica em Pacientes com Diabetes Melito tipo 2. *Arq Brás Endocrinol Metab.* V.50, n.2, p.264-270, 2006.
6. GELONEZE, B. & PAREJA, J.C. Cirurgia Bariátrica Cura a Síndrome Metabólica? *Arq Brás Endocrinol Metab.* V.50, n.2, p.400-407, 2006.
7. KAHN, S.E., Hull, R.L. & Utzschneider. Mechanisms linking obesity to insulin resistance and type 2 diabetes. *Nature* v. 444, n.14, p. 840-846, 2006.
8. Nacional Research Council – Committee on Diet ad Health (1989). *Diet and Health: Implications forvReducing Chronic Disease Risk.* National Academy Press, Washington, DC.
9. Departament of Health and Human Services (1988). *The Surgeon General’s Report on Nutrition and Health*, Government Printing Office, Washington, DC.
10. KEYS, A. Serum –cholesterol response to dietary cholesterol, *Am. J. Clin. Nutr*, 40:351-359, 1984.

11. HEGSTED, D.M. Serum-cholesterol response to dietary cholesterol: A re-evaluation. *Am. J. Clin. Nutr*, 40:299-305, 1984.
12. MENSINK, R.P., Zock, A., Kester, D. et al. Effect of dietary fatty acids and carbohydrates on the ratio of serum total to HDL cholesterol and on serum lipids and apolipoproteins: A meta-analysis of 60 controlled trials. *Am. J. Clin. Nutr*. 77:1146-1155, 2003.
13. MOZAFFRIAN, D., Katan, M.B., Ascherio, A., Stampfer, M.J., Willett, W.C. Trans Fatty Acids and Cardiovascular Disease. *The New England Journal of Medicine*, v. 254, n.15, p.1601-1613, 2006.
14. WILLETT, W.C. In *Nutritional Genomics*. New Jersey, 2006; v.1, p.37-49.
15. VAN DAN, R.M., Willet, W.C., Rimm, E.B. Dietary fat and meat intake in relation to risk of type 2 diabetes in men. *Diabetes Care*, 25:417-424, 2002.
16. BIESALSKI, H.K. Diabetes preventive components in the Mediterranean diet. Review. *Eur J Nutr (suppl I)*: 126-30, 2004.
17. MCKEOWN N.M., Meigs J.B., Liu S, Saltzman, E, Wilson PW, Jacques PF. Carbohydrate nutrition, insulin resistance, and the prevalence of the metabolic syndrome in the Framingham Offspring Cohort. *Diabetes Care*. V27, n.2, p.538-546, 2004.
18. LAAKSONEM, D.E.M Toppinen, L. K. et al. Dietary carbohydrate modification enhances insulin secretion in persons with the metabolic syndrome. *Am J Clin Nutr*, v.82, p. 1218-27, 2005.
19. RAATZ, S.K., Torkelson, C.J., Redmon, J.B. et al. Reduced glycemic index and glycemic load diets do not increase the effects of energy restriction on weight loss and insulin sensitivity in obese men and women. *The Journal of Nutrition*, v.135, p.2387-2391, 2005.
20. JIANG, R., Manson, E., Stampfer, M.J. Nut and peanut butter consumption and risk of type 2 diabetes in women, *JAMA* 288:2554-2560, 2002.
21. World Cancer Research Fund. American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition and the Prevention of Cancer. A Global Perspective*. American Institute for Cancer Research, Washington, DC, 1997.



Capítulo 8

Considerações sobre Estado Climatérico, Qualidade de Vida e Cuidados Nutricionais



LUIZ OTÁVIO CHAIN CAMPANA

MESTRE EM TOCOGINECOLOGIA PELA UNICAMP
MÉDICO GINECOLOGISTA – CECOM/UNICAMP

LUCIANA SALES PURCINO

PÓS-GRADUADA EM NUTRIÇÃO HOSPITALAR EM CARDIOLOGIA PELO INCOR-
HC-FMUSP
NUTRICIONISTA – CECOM/UNICAMP

O envelhecimento da população mundial constitui um processo relativamente recente na história da humanidade (ACEVEDO, 1998). Com o crescimento da população construtiva (maior número de pessoas com mais idade), essa transição demográfica e epidemiológica foi muito bem definida como uma retangularização da sociedade moderna. Isto traz um novo e interessante conceito: vivemos hoje uma expectativa de envelhecer (FRIES e CRAPO, 1990).

Para se ter uma idéia, em 1980, a esperança de vida da mulher brasileira estava ao redor de 66 anos. Em 2005, falava-se em 75,8 anos. Estima-se para 2050 uma expectativa de vida de 84,5 anos (IBGE, 2004). No mesmo período (2050), mais de 20% da população mundial será composta de idosos, sendo esse um fenômeno universal não verificado somente nas sociedades desenvolvidas (DICZFALUSY, 1986).

No Brasil, em 2004, mulheres climatéricas com idade entre 45 e 65 anos correspondiam a 17% da população feminina no país (IBGE, 2004). Apesar de serem reconhecidas há séculos, a menopausa e a síndrome climatérica são fenômenos essencialmente modernos e universais (SPRITZER e REIS, 1998).

Definido pela Sociedade Internacional de Menopausa, o climatério representa a transição da vida reprodutiva para a não reprodutiva. Dentro desse período de tempo, ocorre a menopausa, que corresponde à última menstruação fisiológica da mulher (UTIAN, 1997).

Estima-se atualmente que as mulheres passem ao menos um terço de suas vidas no período de pós-menopausa (YOUNG, 1971).

No entanto, as consequências dessa longevidade ainda são questionadas. Na mulher, esse período é acompanhado de menor nível estrogênico em relação ao período reprodutivo (menarca), fato que pode trazer implicações na saúde e no manejo clínico dessas mulheres.

As consequências desse hipoestrogenismo podem trazer grande impacto individual e na saúde pública (MELO, 1998). As doenças cardiovasculares e a osteoporose encontram-se entre as principais causas dessa morbiletalidade.

Está claro que a prevalência dos sintomas e consequências do climatério variam em função de fatores ambientais e geográficos, aspectos sócio-culturais, educacionais e econômicos (FU *et al.*, 2003). Portanto, o impacto da menopausa na qualidade de vida pode ser consequente não somente às alterações biológicas, mas a todos os fatores acima citados.

Segundo Utian (1997), o climatério pode ser assintomático, mas o declínio da atividade ovariana pode caracterizar a já citada Síndrome do Climatério com sintomas de ondas de calor, insônia, vertigem, irritabilidade, cefaléia (dor de cabeça), mialgia (dores musculares), atrofia uro-genital, vulvovaginites, infecção do trato urinário (ITU), incontinência urinária de esforço (IUE), dentre outros. O déficit estrogênico também está associado a uma maior incidência de doença coronariana e uma maior taxa de mortalidade por doença cardiovascular (STAMPFER *et al.*, 1991). São observados ainda aumento no risco de osteoporose e fraturas osteoporóticas devido à dimi-

nuição da densidade mineral óssea nesse período (MUNK-JENSEN *et al.*, 1988). Nesse contexto, uma abordagem multidisciplinar como mudanças no estilo de vida, dieta, prática de exercícios e o uso da terapia hormonal são opções para melhoria da qualidade de vida no climatério.

Introduzida na Alemanha em 1937, a terapia hormonal tem hoje grande prevalência em todo o mundo. É consenso que seja eficaz tanto para sintomas gerais como para redução do risco cardiovascular e prevenção da osteoporose e fraturas patológicas. Apesar disso, ela nem sempre pode ser aplicada e não será tema deste capítulo.

Por outro lado, existem formas de abordagem e conduta para pacientes climatéricas que podem e devem ser aplicadas (sem qualquer exceção), associadas ou não à terapia estrogênica, e que podem atingir um número expressivo de mulheres que se encontram nesse contexto. Como já foi citado, a prática de exercícios físicos regulares e com orientação; as mudanças de hábitos com correção; reeducação e complementação alimentar estão entre as abordagens principais.

Halbe (1999) correlacionou muito bem os termos saúde, estilo de vida e qualidade de vida como atributos que dizem respeito às pessoas como um todo e tem a máxima aplicação no climatério. Ao número de anos presumidos desde o nascimento denomina-se expectativa de vida e esta vem se aproximando da “extensão da vida”, que tem um limite biológico peculiar a cada espécie (BOSSEMAYER, 1998). A essa crescente expectativa de vida associe-se uma crescente qualidade de vida: uma preocupação em “viver melhor e não somente viver mais”.

Esta é, portanto, a meta de assistência multidisciplinar à mulher climatérica: oferecer-lhe melhor qualidade de vida, maximizar a “expectativa de vida ativa”, a duração do bem estar funcional e a manutenção de sua independência nas atividades da vida diária (KATZ *et al.*, 1983).

Abordagem Nutricional

No contexto do presente capítulo, uma abordagem nutricional focada na prevenção de fatores de risco passíveis de modificação através da adoção de hábitos alimentares saudáveis é imprescindível, principalmente no que tange à prevenção das doenças cardiovasculares (DCV) e da osteoporose.

A questão da prevenção das doenças cardiovasculares determina o delineamento de um plano dietético que contemple medidas coadjuvantes para a prevenção ou controle das dislipidemias (anormalidades nas gorduras do sangue), da hipertensão arterial sistêmica, das alterações da glicemia e, sobretudo, medidas para a redução ou manutenção do peso ideal (COSTA e SILVA, 2005).

Em linhas gerais, para atingir esses objetivos o planejamento dietético deverá ser desenhado com os seguintes traços elementares: ingestão calórica controlada ou reduzida de forma gradual, restrição de alimentos ou preparações com alto teor de sódio, substituição de algumas fontes de gorduras saturadas e/ou colesterol por fontes de gorduras poliinsaturadas ou monoinsaturadas, restrição de alimentos contendo gorduras trans e substituição de algumas fontes de carboidratos refinados e/ou de alta densidade calórica por fontes com baixa densidade calórica e/ou alto teor de fibras (COSTA e SILVA, 2005).

Já a problemática da osteoporose impõe ao plano alimentar estratégias para o controle de fatores dietéticos que possam comprometer a mineralização ou manutenção óssea alinhadas com as definidas para prevenção das DCV.

Em resumo, essas ações deverão focar a ingestão adequada de cálcio através da inclusão dos principais alimentos fontes e o controle dos fatores que influenciam na biodisponibilidade do cálcio e ingestão adequada de proteínas (para que não ocorra consumo excessivo). As recomendações de cálcio são de 1000 mg/dia na faixa etária de 19 a 50 anos e de 1200 mg/dia na faixa etária de 51 a 70 anos. Atingir estas recomendações é um desafio considerável, visto que somente 20% a 30% do cálcio ingerido é absorvido, e estudos evidenciam que a ingestão de alimentos fontes pelas mulheres no clima-

tério fica aquém do recomendado (MONTILLA *et al.*, 2004).

Sob a perspectiva integral da alimentação, a terapia nutricional deve se firmar mediante uma alimentação equilibrada com a participação de alimentos dos diferentes grupos, podendo-se adotar, considerando a prevenção das DCV, a seguinte distribuição energética entre os macronutrientes: 50 a 60% de carboidratos, 15% de proteínas e 25 a 35% de gorduras totais (ácidos graxos saturados < 10%, ácidos graxos poliinsaturados [ômega 6 e ômega-3] até 10% e ácidos graxos monoinsaturados até 20%) (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2006).

Carboidratos

No planejamento do consumo de carboidratos, particular atenção deve ser reservada para melhorar a qualidade da dieta através da maior participação dos cereais integrais, das leguminosas (feijão, ervilha, soja, lentilha, grão-de-bico), das hortaliças e das frutas (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2006).

A adoção desse padrão de escolha de fontes de carboidratos também favorece a ingestão de potássio – fator positivo para o controle da pressão arterial – e a adequação do consumo de fibra alimentar à recomendação diária de fibras, que é de 20 a 30 g por dia (6g devem ser de fibra solúvel). A contribuição da fibra alimentar se dá por várias vertentes:

- as fibras insolúveis aumentam a sensação de saciedade contribuindo para a redução do peso;
- as solúveis auxiliam no controle da hipercolesterolemia;
- algumas fibras solúveis (inulina, oligofrutose) têm a capacidade de estimular a absorção e retenção de minerais, particularmente do magnésio, do cálcio e do ferro (FRANK, 2004).

Deve-se atentar, contudo, para o fato de que quantidades excessivas de fibras (50g) –consumidas principalmente através de farinhas e cereais integrais – podem causar efeitos gastrintestinais colaterais e, pelo alto teor de fitatos, reduzir a absorção do cálcio (FRANK, 2004).

Entre os cereais integrais convém incentivar a inclusão da aveia na dieta pelo papel da beta-glucana (fibra alimentar presente em sua composição) no auxílio na redução da absorção de colesterol. Recomenda-se um consumo diário de 3g de beta-glucana de aveia (equivale a três colheres de sopa de farelo de aveia (40g) ou quatro da farinha de aveia (60g) (FRANK, 2004).

Do grupo das leguminosas justifica-se considerar-se a inclusão da soja, tendo em vista:

- ser uma fonte de cálcio de boa disponibilidade a despeito do seu conteúdo considerável de fitatos e oxalatos (FRANK, 2004). Representa também uma opção para mulheres com intolerância à lactose;
- o consumo diário de no mínimo 25 g de proteína de soja estar associado à redução do colesterol;
- a presença de isoflavonas, substâncias bioativas investigadas em vários estudos como fonte exógena de estrógeno, sugerindo a possibilidade da soja ser uma alternativa natural para a convencional terapia de reposição hormonal na prevenção da perda óssea (FRANK, 2004).

Vale ressaltar que a inclusão de alimentos como a aveia e a soja deve ser considerada dentro do plano integral da dieta evitando-se o desbalanceamento da dieta pelo excesso calórico, de carboidratos ou de proteínas.

Proteínas

Quanto ao consumo protéico, destaca-se o cuidado que deve ser tomado para que a dieta não extrapole a porcentagem de proteínas indicada do valor energético total (VET),

visto que altas quantidades aumentam a excreção renal de cálcio. A relação de cálcio/proteína de 20:1 (mg/g) é indicada como um bom parâmetro para garantir uma boa absorção do cálcio (MONTILLA *et al.*, 2004).

Lipídios

A seleção das fontes de gordura deve ser feita de modo que sejam respeitadas as proporções recomendadas para os diferentes ácidos graxos. Deve-se considerar a recomendação de consumo inferior a 200 mg/dia de colesterol. Não há recomendação do consumo de gorduras *trans* (deve ser evitada ao máximo), mas não se deve exceder mais de 2g/dia (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2006).

Com atenção às orientações para prevenção de dislipidemias, as fontes dos diferentes tipos de gorduras devem ser atenciosamente balanceadas.

As fontes de gordura saturada e colesterol (carnes gordurosas; frios e embutidos; leite e subprodutos integrais (iogurtes, queijos, creme de leite), vísceras e miúdos, gema de ovo; frutos do mar) devem ser evitadas (COSTA e SILVA, 2005). Por outro lado, importa ressaltar que, considerando que a deficiência da vitamina D (lipossolúvel) interfere negativamente na absorção e homeostase do cálcio, restrições de fontes de vitamina D (fígado, gema de ovo, óleos de peixe, leite e derivados integrais) podem ter um impacto negativo na qualidade integral da dieta. Assim, a inclusão dessas fontes deve ser estudada de forma individualizada, principalmente na dieta de mulheres que não tomam muito sol.

As fontes de gorduras poliinsaturadas do tipo ômega 6 (óleos de soja, girassol) devem ser consumidas com moderação, mas devem participar mais da dieta do que as fontes de gorduras saturadas. As fontes de gorduras monoinsaturadas como frutas oleaginosas (castanhas, nozes, amendoim), óleos vegetais (azeite de oliva e óleo de canola), azeitona e abacate devem ser privilegiadas (COSTA e SILVA, 2005).

Cálcio e Biodisponibilidade

As principais fontes de cálcio são os leites e derivados. Outras fontes são peixes, frutos do mar e vegetais de folhas verdes e escuras (couve, espinafre, brócolis); no entanto, a biodisponibilidade é reduzida pela presença de oxalatos. No caso de intolerância à lactose, os leites com baixo teor de lactose representam uma opção.

Alimentos industrializados devem ser evitados. Frios, embutidos e enlatados entre outros apresentam alta concentração de sódio, prejudicando o controle da pressão arterial e aumentando a excreção renal de cálcio. Enlatados e refrigerantes a base de cola entre outros apresentam fofatos que podem atrapalhar a absorção do cálcio pela formação de cristais insolúveis (fofato/cálcio).


O consumo de bebidas alcoólicas deve ser desencorajado, pelo acréscimo calórico que pode levar ao aumento do peso, pelas implicações negativas sobre os controles da pressão arterial e dos triglicérides plasmáticos (COSTA e SILVA, 2005) e por afetar a biodisponibilidade do cálcio (FRANK, 2004).

A cafeína também é considerada um fator prejudicial para absorção do cálcio. Assim, o consumo de café, chá mate, chocolate e refrigerante deve ser moderado (FRANK, 2004).

Referências

- ACEVEDO, P.L. Envejecimiento poblacional y menopausia en Latinoamérica. In: CAMPOS, O.G. *et al. Menopausia y longevidad: perspectiva clínica y epidemiológica en Latinoamérica*. Santiago de Chile: Bywaters, 1998. p. 49-72.
- BOSSEMEYER, R. Objetivos Del tratamiento hormonal em El climaterio. In: CAMPOS, O.G.; URZUA, E.A.; CASTRO, P.C. *Menopausia y longevidad: perspectiva clinica y epidemiologica em latinoamerica*. Santiago de Chile: Bywaters, 1998.
- COSTA, R.P., SILVA, C.C. Doenças Cardiovasculares. In: CUPPARI, L. *Guias de nutrição: nutrição clínica no adulto*. 2.ed. Barueri, 2005.

- FRANK, A.A. e SOARES, E.A. *Nutrição no envelhecer*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.
- FRIES J.F. & CRAPO, L.M. The rectangularization of life. In: BYYNY, R. L. & SPEROFF, L. *A clinical guide for the care of older women*. Baltimore, WILLIAMS & WILKINS, 1990. P. 1-28.
- FU, S.; ANDERSON, D.; COURTNEY, M. Cross-cultural menopausal experience: comparison of Australian and Taiwanese women. *Nurs Health Sci*, 55:77-84, 2003.
- HALBE, H.W. Qualidade de vida, estilo de vida e saúde – Sinopse de Ginecologia e Obstetrícia. *Sintofarma*, 4:74-8, 1999.
- I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arq. Bras. Cardiol*, volume 84, Suplemento I, Abr/2005.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980- 2050*. Revisão 2004.
- KATZ, S.; BRANCH, L.G.; BRANSON, M.H.; PAPSIDERO, J.A.; BECK, J.C.; GREER, D.S. Active life expectancy .. *New Engl.J.Med.*; 309: 1218-24, 1983.
- MELO, N.R. Terapia hormonal de reemplazo y metabolismo lipídico In: CAMPOS, O.G.; URZUA, E.A.; CASTRO, P.C.; *Menopausia y longevidad: perspectiva clínica y epidemiologia em latinoamérica*. Santiago de Chile: Bywaters, 1998.
- MONTILLA, R.N.G. et al. Relação cálcio/ proteína da dieta de mulheres no climatério. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 52-4, 2004.
- MUNK-JENSEN, N.; NIELSEN, S.P.; OBEL, E.B.; ERIKSEN, P.B. Reversal of postmenopausal vertebral bone loss by oestrogen and progesterone: a double blind placebo controlled study. *Br. Med. J.*; 296 :1150-2, 1988.
- SPRITZER, P.M. & REIS, F. M. Climaterio hormonal replacement: therapy based on evidences. *Reprod. Clim.*, 13:32-41, 1998.
- UTIAN, W.H. & BOGGS, P.P. Menopause-a modern perspective from a controversial history. *Maturitas*, 26:73-82 1999.
- YOUNG, J.Z. *An introduction to the study of man*. Oxford, Clarendon Press, 1971.



Capítulo 9

**Cultura Alimentar e Qualidade de Vida no
Trabalho na Universidade
Estadual de Campinas**



ESTELA DALL’OCA TOZETTI MADI
ANALISTA DE RECURSOS HUMANOS – DGRH/UNICAMP

MARIA DO ROSÁRIO ALMEIDA ROCHA
COORDENADORA DE RECURSOS HUMANOS – DGRH/UNICAMP

VIVIANE SILVA COENTRO
FONOAUDIÓLOGA – DGRH/UNICAMP

CARLOS RENATO PARAIZO
RESPONSÁVEL PELA EQUIPE DE COMUNICAÇÃO – DGRH/UNICAMP

A comensalidade contemporânea, segundo Garcia (2003), é caracterizada pela escassez de tempo para o preparo e consumo de alimentos, pela presença de produtos gerados com novas técnicas de conservação e de preparo que agregam tempo e trabalho, pelo vasto leque de itens alimentares, pelos deslocamentos das refeições de casa para estabelecimentos que comercializam alimentos como restaurantes, lanchonetes, vendedores ambulantes, padarias, entre outros, pela crescente oferta de preparações e utensílios transportáveis, pela oferta de produtos provenientes de várias partes do mundo, pelo arsenal publicitário associado aos alimentos, pela flexibilização de horários para comer agregada à diversidade de alimentos e pela crescente individualização dos rituais alimentares.

O resultado da pesquisa “*Condições de Saúde dos Trabalhadores da UNICAMP*”, realizada na Universidade em 2008, reflete várias das situações supra-citadas no cotidiano dos funcionários da Universidade, uma vez que 52,4% deles estão com peso acima do padrão saudável, sendo que destes, 16,2% apresentam algum grau de obesidade com risco variando entre alto, muito alto e extremo (Barros *et al.*, 2008). Outro dado importante é o fato de que as práticas de saúde dos funcionários relacionadas à ingestão hídrica e hábitos alimentares encontram-se aquém das recomendações dos organismos internacionais de saúde. Esse cenário demanda a necessidade de organização de estilos de vida e o repensar sobre a cultura alimentar institucional.

A área de Qualidade de Vida compõe, junto ao Ensino, Pesquisa, Extensão e Administração, uma das cinco áreas estratégicas do planejamento institucional da UNICAMP. Objetiva “*criar condições para o crescimento pessoal e profissional, focado no compromisso com a instituição e com a sociedade, gerando um ambiente interno propício à humanização das relações de trabalho e ao convívio social e cultural*” (Planes, 2004). Para cumprir esse objetivo foi criado, em 2006, o Grupo de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) composto por profissionais de diferentes formações, representando Órgãos da Pró-Reitoria de Desenvolvimento Universitário (PRDU). Desde 2007, o eixo de qualidade de vida do trabalhador vem sendo pensado de maneira criteriosa no que concerne à questão relacionada à alimentação. Este artigo apresenta o que já está sendo feito a respeito dessa abordagem e ajudar a refletir sobre possibilidades de novas construções sobre a cultura alimentar na UNICAMP.

A Alimentação na UNICAMP

A abordagem nutricional, promoção de saúde e prevenção de doenças através da alimentação foi escolhida, em 2007, como a primeira experiência prática de desenvolvimento de ações para sustentação do tema qualidade de vida no trabalho na UNICAMP.

Para implementá-la, várias metodologias foram utilizadas com o objetivo de articular profissionais, nas suas competências específicas relativas à questão nutricional e estimular a comunidade universitária a refletir e mudar hábitos alimentares favorecendo a ampliação de sua qualidade de vida.

A UNICAMP é uma universidade pública do estado de São Paulo, fundada em 1966 e estruturada através de cinco *campi*, em três cidades diferentes, a saber: Campinas, Limeira e Piracicaba (UNICAMP Aeplan, 2008). Possui 14.425 profissionais (UNICAMP – Planes Relatório DGRH, 2008) atuando em ensino, pesquisa, extensão ou administração. Nesses territórios as pessoas têm sua jornada de trabalho diária, de 8 horas em média, e se organizam para nela fazerem suas refeições regulares.

O serviço de alimentação no campus de Campinas, o maior dos cinco *campi*, é de 10.000 refeições diárias (UNICAMP Prefeitura, 2008) produzidas de forma centralizada pelo Restaurante Universitário e distribuídas para o Restaurante Acadêmico e para a área hospitalar (restaurantes do Hospital das Clínicas (HC) e do Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher (CAISM)). No *campus* de Limeira, atendendo ao Colégio Técnico (COTIL), Centro Superior de Educação Tecnológica (CESET) e Planta Física há um restaurante para funcionários, docentes e alunos com um serviço terceirizado fornecendo, 1.000 refeições dia. Em Piracicaba, o também terceirizado restaurante local fornece 300 almoços por dia.

Além das refeições servidas nos restaurantes, vários outros espaços de alimentação formados por cantinas e bares possuem contratos administrados pelo Serviço de Suprimentos com apoio técnico da Divisão de Alimentação, ambos da prefeitura do *campus*. São 25 cantinas no *campus* Campinas além de uma cantina em Limeira e outra em Piracicaba. A grande maioria dos funcionários utiliza-se dessa infraestrutura instalada; porém, parte deles se alimenta nos refeitórios locais das unidades/órgãos trazendo de suas casas seus alimentos. Existem ainda restaurantes localizados nas redondezas dos *campi* e as feiras livres que se instalam diariamente no *campus* de Campinas, fornecendo alimentação nem sempre saudável. Para além das refeições rotineiras, os eventos institucionais fornecem intervalos com alimentação, e os encontros sócio-

culturais nas equipes/áreas são subsidiados por alimentos normalmente obtidos de forma coletiva.

Atuação na Abordagem Nutricional na Atenção ao Funcionário

Com que qualidade estamos selecionando nossos alimentos? Além de limpos e higienizados eles estão apropriados para a nossa saúde? Estão calóricos demais e/ou nutricionais de menos? E de forma institucional, como montamos nossas cantinas e servimos em nossos restaurantes? Fornecemos opções aos nossos profissionais para que escolham sua alimentação de forma apropriada para as suas necessidades profissionais e pessoais?

Para Belik (2003), o conceito de segurança alimentar leva em conta três aspectos principais: quantidade, qualidade e regularidade de alimentos. Quantidade é ter alimentos disponíveis (que implica na existência do alimento e possibilidade de aquisição – relacionada à renda); qualidade diz respeito à possibilidade de consumi-los em ambiente limpo, com talheres, e segundo as normas tradicionais de higiene; e regularidade é a possibilidade de ter acesso constante à alimentação.

O fornecimento de alimentação nos *campi* universitários atende plenamente ao conceito descrito por Belik (2003), mas atender ao conceito não está sendo suficiente para evitar as doenças apresentadas pelos funcionários.

O Grupo de Qualidade de Vida no Trabalho vem desenvolvendo a abordagem nutricional para fomentar suportes às condições alimentares na Universidade e tem também por objetivo construir uma visão mais ampla de educação em saúde, autocuidado e protagonismo, visando fortalecer as escolhas pessoais de forma qualificada.

Desde o início, pensando nessas questões, em 2007 e 2008 foram iniciadas atuações, de forma educativa para a área alimentar nos *campi*, buscando fortalecer os funcionários no seu processo de escolha por uma alimentação cuidadosa. A estrutura metodológica para tais iniciativas foi articulada entre a administração e a academia (docentes e discentes) através

do Programa Nutricamp, pelo Grupo de Especialistas (nutricionistas da universidade) através do Trote da Cidadania e atuação no II SIMTEC, pela contratação de serviços externos através do *Programa Alimente-se Bem* do Sesi e com órgãos regulamentadores de alimentação na Universidade.

O Programa Nutricamp, estruturado a partir do apoio da Faculdade de Engenharia de Alimentos da UNICAMP (FEA), contou com 10 edições em Campinas, Limeira e Piracicaba. Consistiu em encontros de 8 horas de duração e atendeu a cerca de 2.000 funcionários. Através de palestras interativas, os participantes eram convidados a observar seu cotidiano alimentar, desde a compra dos alimentos através da observação de rótulos, até a preparação e consumo, com critérios de cuidados para a sua saúde.

Outro importante movimento foi constituído com a criação do *Grupo de Especialistas*, formado por 25 nutricionistas da UNICAMP, distribuídas em diversas áreas da instituição, em atividades relacionadas ao preparo de refeição para pacientes na área da saúde, para crianças nas creches, para funcionários e alunos nos restaurantes ou em grupos de reeducação alimentar e de orientação individualizada. Esses profissionais, através de uma articulação interdisciplinar receberam capacitação direta da Faculdade de Engenharia de Alimentos além de apoio a congressos para desenvolvimento profissional. Juntá-los tem o objetivo de harmonizar os conhecimentos interpares e mobilizar atuações interdisciplinares para toda a Universidade.

A partir desse movimento foi possível a atuação desse grupo no Trote da Cidadania de 2008, através da atividade de preparação de alunos veteranos para receberem os calouros com informações e conceitos de *orientação alimentar e consumo consciente*.

O Grupo de especialistas construiu ainda atuações na educação nutricional preparando uma aula (“Economia: o melhor tempero. Evite o desperdício”) e uma oficina (“Oficina Nutritiva”) orientadoras, nos moldes do Nutricamp, dos processos de escolha, compra, higienização, preparação e qualidade dos alimentos. Essas duas iniciativas foram disponibilizadas em minicurso no II Simpósio de Profissionais da UNICAMP (SIMTEC), em 2008, simpósio este que atendeu a 1500 funcionários inscritos.

A parceria com entidades externas produziu duas edições do *Programa Alimente-se Bem*, do SESI (Serviço Social da Indústria), que foram contratadas para o período de 2007 e 2008. O Programa Alimente-se Bem é um programa educativo, que incentiva a mudança de hábitos alimentares para a população. Suas aulas práticas ensinam receitas saborosas e nutritivas a baixo custo, utilizando conceitos de aproveitamento integral dos alimentos. Os participantes, na UNICAMP, ganharam um livro de receitas de pratos saudáveis e econômicos, criados e testados por nutricionistas do SESI-SP (SESI, 2008).

Na UNICAMP, a primeira instalação, em 2007, contou com 12 turmas de 30 pessoas (360 inscritos). Cada turma teve em média 4 aulas de 3 horas (12 horas/aula). Através do processo avaliatório os funcionários puderam reconhecer e informar à instituição o seu aprendizado nessa proposta. Uma delas, a seguir reproduzida, reflete a opinião de um dos participantes da turma 7 de 2007: *“Significa ampliar a visão das pessoas sobre as necessidades do ser humano, ajuda na integração e descontração entre pessoas de diferentes setores”*. Em 2008 foram criadas 11 turmas de 30 pessoas (330 inscritos) nos mesmos moldes do movimento de 2007. A avaliação qualitativa dessas turmas mostra que os funcionários iniciam o reconhecimento da atuação da Universidade nas questões da sua saúde. Frases como *“Cuidados com a saúde significa auto-estima, bem-estar, rendimento profissional, familiar, menos absenteísmo, menos patologias”* (turma 11 2008) e *“(fiz o curso) para melhorar minha qualidade de vida e da minha família com alimentação saudável e aproveitando melhor os alimentos”* (turma 10 2008) explicam um pouco esta posição.

Uma última questão, já identificada mas ainda em elaboração, que surge desse movimento pela alimentação saudável é a necessidade de construir, institucionalmente, normatizações que facilitem definições na área e política institucional que regulamente e amplie a aproximação dos metas institucionais às necessidades dos funcionários.

Os funcionários, apresentando suas necessidades de forma explicitada ou através de pesquisas como a realizada em 2008 (Barros *et al.* 2008), propõem à UNICAMP seriedade na atuação da proposta alimentar. A UNICAMP, estruturada para essas questões, solicita do funcionário protagonismo,

autonomia e auto cuidado com sua saúde. A inter-relação desses fatores fortalecem o desenvolvimento da Universidade e promove a qualidade de vida dos funcionários.

Conclusão

Para implantação de um programa de qualidade de vida incorporando mudanças de comportamento é necessário seguir alguns passos cuidadosos. Para Massola (2007) são três as etapas importantes a vencer: sensibilização, mudança de estilo de vida (desenvolvimento do programa) e ambiente de suporte. Na questão alimentar a UNICAMP, através do grupo de qualidade de vida no trabalho, iniciou seu processo de sensibilização. Desenvolve agora uma estrutura para efetivamente montar, de forma sustentável, um programa que provoque mudança de estilo de vida e que possa agir sobre um quadro funcional tão grande.

É importante nesse processo de construção a possibilidade de avaliar o impacto através da mudança de estilo de vida. A avaliação de ações na área de qualidade de vida não pode ser feita apenas de forma numérica, é necessário desenvolver avaliadores qualitativos e quantitativos. As ações já implementadas foram baseadas nesses critérios e a construção de um programa para essa área irá requisitar também a construção desses suportes metodológicos para sustentá-lo.

O formato escolhido para o desenvolvimento da abordagem nutricional na UNICAMP permitiu, por ser o primeiro, além da construção dessa abordagem, a concepção de possibilidades de atuação para Qualidade de Vida no Trabalho na Universidade, que pode, e deverá, ser transposto e estendido à outras abordagens nessa área.

Referências

- BARROS, A.S. *et al.* Pesquisa “Condições de Saúde dos Trabalhadores da UNICAMP”, Primeiros Resultados e Análise, Qualidade de Vida no Trabalho, Pró Reitoria de Desenvolvimento Universitário, UNICAMP, Campinas, 2008.
- BELIK, W. Perspectivas para segurança alimentar e nutricional no Brasil. *Saúde e Sociedade* v.12, n.1, p.12-20, jan-jun 2003.
- GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Ver. Nutr.*, Campinas 16(4):483-492, out/dez., 2003.
- MASSOLA, R. M. Etapas de Implantação de Programas de Qualidade de Vida e a Mudança de Comportamento. In VILLARTA R. e SONATI, J. G. “*Diagnóstico da Alimentação Saudável e Atividade Física na Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP*”. IPES Editorial, 2007.
- SESI – Home page SESI SP. Disponível em <http://www.sesisp.org.br/home/2006/alimentacao/alimentese.asp>>. Acesso em em 23 dezembro 2008.
- UNICAMP Aeplan – Home page AEPLAN – *Anuário Estatístico 2008 Aeplan* http://www.aeplan.UNICAMP.br/anuario_estatistico_2008/index.htm Acesso em 19 de dezembro de 2008.
- UNICAMP PLANES – *Planejamento Estratégico: missão, princípios, valores, visão, estratégias: Planes / Universidade Estadual de Campinas*, Coordenadoria Geral da Universidade – Campinas, SP, 2004.
- UNICAMP PLANES RELATÓRIO DGRH, *Indicadores, Resultados e Serviços*. Diretoria Geral de Recursos Humanos, Pro Reitoria de Desenvolvimento Universitário, 2008.
- UNICAMP Prefeitura – Home page da Prefeitura do Campus – http://www.prefeitura.UNICAMP.br/prefeitura_quem_somos.php Acesso em 19 de dezembro de 2008.

Contribuições Teóricas da Obra de Pierre Bourdieu à Educação Nutricional



RENATO FRANCISCO RODRIGUES MARQUES
DOUTORANDO EM EDUCAÇÃO FÍSICA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS DE
BRAGANÇA PAULISTA – FESB

GUSTAVO LUIS GUTIERREZ
PROFESSOR TITULAR DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNIVERSIDA-
DE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP

A estruturação de propostas de ação em educação nutricional requer uma reflexão inicial a respeito dos fatores que interferem na percepção de Qualidade de Vida dos sujeitos, além de questões ligadas às suas condições socioeconômicas e culturais. Tais fatores exercem influência sobre as condições de acesso ao alimento, às formas de apreciá-lo, compreendê-lo e inseri-lo em seu estilo de vida.

No texto a seguir, vamos apresentar uma reflexão acerca de intervenções relativas à Qualidade de Vida e, mais especificamente, à educação nutricional, com base na obra do francês Pierre Bourdieu, cujo trabalho caracteriza-se pela análise da desigualdade na distribuição de bens na sociedade, o que gera espaços sociais de disputas por objetos específicos, que simbolizam a posição que cada agente ocupa. Primeiro, serão caracterizados alguns conceitos relacionados à compreensão sobre Qualidade de Vida para, posteriormente, apresentar

com mais detalhes a obra de Pierre Bourdieu e, num terceiro momento, relacioná-la a possíveis intervenções na área de educação nutricional.

Educação Nutricional e Melhoria de Qualidade de Vida

A educação nutricional pode colaborar para que os indivíduos analisem suas práticas e, a partir disso, tomem decisões. Tal processo de mudança de hábitos deve agregar conhecimentos ligados ao campo da educação e das ciências sociais, para que esteja inserido em um contexto político-social adequado de promoção da saúde e Qualidade de Vida. Há uma diferença fundamental entre um sujeito social que adota hábitos prejudiciais à saúde por falta de informações e alternativas, e o sujeito que prefere esse tipo de conduta por outros fatores, como privilegiar, por exemplo, uma experiência que ele considera prazerosa. A educação nutricional, como é característico do campo das intervenções em qualidade de vida, procura divulgar informação e disponibilizar recursos para a mudança de hábitos pessoais a partir de um processo de conscientização, respeitando sempre a autonomia e responsabilidade de cada um.

A educação nutricional é útil e necessária também porque, embora haja desigualdade entre classes sociais na distribuição de alimentos, a má alimentação não é problema apenas dos pobres. Os ricos também apresentam tal quadro, não por impossibilidade de acesso, mas por hábitos não-saudáveis presentes em seu estilo de vida (RAMALHO; SAUNDERS, 2000). Pelo fato da Qualidade de vida relacionar-se com a satisfação e cultura individual, e se apoiar nos padrões do que determinada sociedade considera como boa-vida, é preciso considerar tanto os aspectos objetivos quanto os subjetivos que a permeiam e a delimitam (GONÇALVES; VILARTA, 2004). Os fatores objetivos lidam com questões referentes às condições e modo de vida dos sujeitos, enquanto que os aspectos subjetivos delimitam-se através do estilo de vida dos mesmos, que segundo Bourdieu (1983a), se caracterizam como ações individuais que refletem os hábitos e a carga cultural do sujeito, e

que interferem diretamente em sua vida. Neste sentido, para qualquer análise relativa à percepção de Qualidade de Vida se faz necessário considerar questões sociais que ditam possibilidades de ação dos agentes (fatores objetivos), e as escolhas que eles fizeram, de fato, para suas próprias vidas (fatores subjetivos).

Gonçalves (2004) define *modo de vida* como a garantia das necessidades de subsistência do indivíduo, decorrentes de sua condição econômica e, em parte, de políticas públicas. *Condições de vida*, para ele, compreende os determinantes político-organizacionais da sociedade como um todo, que norteiam a relação entre os grupos de sujeitos e as variantes de saneamento, transporte, habitação, alimentação, educação, cuidados à saúde, entre outros. Tem-se assim um quadro no qual qualquer hábito adquirido pelo sujeito, e incorporado ao seu estilo de vida, depende das condições objetivas da sua própria vida. Ou seja, a adoção ou transformação de hábitos não diz respeito somente à conscientização e a uma predisposição, ou vontade, do agente para mudar, é necessário que o ambiente social proporcione possibilidades funcionais (acesso a saneamento básico, educação, moradia, trabalho, etc.) para tal mudança. Essas características estão presentes também na formação do hábito alimentar e devem ser consideradas para qualquer transformação que se busque realizar no campo.

Por isso, é possível afirmar que padrões alimentares são determinados por questões que incluem, além de educação orientada para uma nutrição adequada, fatores socioeconômicos, ecológicos e culturais (RAMALHO; SAUNDERS, 2000). E com base nessas premissas, a educação nutricional precisa considerar questões ligadas tanto à condição e modo de vida, quanto à cultura alimentar, e as escolhas feitas pelo próprio sujeito.

Na busca por referencial teórico que investigue a relação entre aspectos objetivos e subjetivos, entre condição e estilo de vida, segue uma abreviada apresentação da obra de Pierre Bourdieu. Esse sociólogo francês baseou-se na busca por categorias universais referentes a relações sociais, que permitissem a análise de diversos grupos, em diversas situações, considerando a inter-relação dialética entre fatores objetivos,

determinados pelo espaço social, e o poder de escolha e tomada de decisão por parte do sujeito.

A Teoria dos Campos de Pierre Bourdieu

A teoria sociológica de Pierre Bourdieu se apóia no jogo de dominação existente em todas as áreas da sociedade. Isso ocorre devido à distribuição desigual de bens e o acesso diferenciado a eles, de acordo com a posição que cada agente ocupa em seu espaço social.

Tal diferenciação social parte da consideração de que existem campos sociais de disputas, ou seja, espaços sociais de posições em que os sujeitos buscam reconhecimento através da posse de formas de capital específico desse ambiente. Bourdieu utiliza a expressão capital de forma diferente do seu uso no marxismo. Para Bourdieu, seu significado varia de acordo com o campo em que está inserido, já para Marx, capital é uma relação social definida num contexto de exploração do trabalho.

Um campo se caracteriza, entre outros aspectos, pela definição dos objetos de disputa e dos interesses específicos relativos a esses objetos, que só são compreendidos e valorizados por quem faz parte desse espaço (BOURDIEU, 1983b). No campo, os agentes disputam o direito da violência legítima, ou seja, o poder de orientar a conservação ou mudanças da estrutura de distribuição de capital específico, com base no seu reconhecimento como sujeito ascendido socialmente, devido a sua aquisição de capital (BOURDIEU, 1983b). Dessa forma, cada campo específico se faz relativamente autônomo, ou seja, embora sofra certas influências do meio social que o cerca, tem sua história e regras próprias. Tem-se como exemplo a existência do campo esportivo, no qual os sujeitos lutam pelo reconhecimento esportivo, poder econômico e político nesse meio (capitais específicos desse espaço), dentro dos princípios e critérios criados por seus agentes. As diferentes espécies de capitais, como trunfos num jogo, são os poderes que definem as probabilidades de ganho num campo determinado. Cada campo ou sub-campo tem uma espécie particular de percepção de capital (BOURDIEU, 1989).

Neste ponto Bourdieu cria um conceito muito importante, a idéia de *habitus*, que se coloca como uma estrutura estruturante, ou seja, que norteia as formas de ação dos sujeitos (*práxis*), mas que é estabelecido de acordo com as leis do campo e os caminhos específicos para a disputa e aquisição de capital (BOURDIEU, 1983b e 1996).

Há quatro formas essenciais de capital que norteiam as disputas e que se inter-relacionam de forma específica dentro de cada campo: capital econômico (quantidade de dinheiro do agente), social (referente ao seu círculo social e de relações interpessoais), cultural (referente ao seu aprendizado e conhecimento formal – ligado à escola e transmissão doméstica de conhecimento) e simbólico (específico de cada campo, é determinado pelo que o *habitus* daquele espaço indica como algo a ser valorizado e que atribui poder e reconhecimento legítimo a quem o possua. Por exemplo, no campo esportivo tem-se como capital simbólico o mérito esportivo de um atleta).

Nessa estrutura as disputas ocorrem entre agentes posicionados em diferentes classes no grupo social (outra diferenciação com Marx, na obra de Bourdieu, o termo classe não se refere, necessariamente, a classes econômicas), que são determinadas pela quantidade ou tipo de capital que possuem. Cada classe tem seu *habitus* próprio, que justifica suas ações e norteia as práticas dos agentes na busca por aquisição de capital (BOURDIEU, 1996). Ao adquirir certa quantidade de capital, que justifique reconhecimento social, o agente pode ser aceito em outra esfera desse campo, podendo até mudar de classe, estando sujeito a uma transformação de *habitus*.

O estilo de vida dos agentes, segundo Bourdieu, deriva das disposições e possibilidades encontradas por ele em sua classe, e suas escolhas possíveis proporcionadas por seu *habitus*.

Diferenciação Social e Possíveis Contribuições da Obra de Bourdieu à Educação Nutricional

Na sociedade capitalista as desigualdades sociais se mostram aparentes. O ato de comer não é uma simples luta pela sobrevivência, mas também um ato social que incorpora uma dimensão de diferenciação social. Comer não satisfaz apenas a necessidade biológica, mas preenche também funções simbólicas e sociais. Esse caráter simbólico se diferencia com a idade, situação social e outras variáveis (RAMALHO; SAUNDERS, 2000). Se comer é uma necessidade vital, o quê, quando e com quem comer são aspectos que fazem parte de um sistema que implica atribuição de significados ao ato de se alimentar (MACIEL, 2005).

Pode-se notar, em estudos relacionados a hábitos alimentares de diferentes classes sociais, que existem diferenças quanto ao acesso, percepção, preparação, apreciação e valorização dos alimentos entre diferentes agentes sociais. Tais variações dependem de seus *habitus* e sua identidade social como grupo.

Nesse aspecto, a comida, ou ainda o ato de alimentar-se, se transforma num ato simbólico. Existem cozinhas diferenciadas, maneiras culturalmente estabelecidas, codificadas e reconhecidas de se alimentar, das quais os pratos são elementos constitutivos de uma identidade. A cozinha de um grupo é forjada na sua tradição. Assim, deve-se levar em conta o processo histórico-cultural específico de cada existência. A culinária, ou as formas de se alimentar de um grupo social específico, torna-se uma forma de identidade do mesmo. É possível assim pensar os sistemas alimentares como sistemas simbólicos em que códigos sociais estão presentes, atuando no estabelecimento de relações dos homens entre si e com a natureza (MACIEL, 2005).

Se hábitos alimentares obedecem a um código simbólico, é fundamental uma compreensão, por parte de profissionais da saúde, das especificidades que permeiam a dimensão simbólica dos grupos (DANIEL; CRAVO, 2005).

Partindo do pressuposto de que existe desigualdade no acesso aos alimentos, o alcance da possibilidade de escolha

em relação ao quê, onde, quando, como e com quem comer, pode ser representado como a posse de um capital simbólico pelo agente. Ou seja, a aquisição de um reconhecimento social de que ele tem condições socioeconômicas que o diferenciam de outros e que lhe permitem circular em determinadas esferas da sociedade. Ao mesmo tempo em que esse capital ilustra ascensão social do sujeito, também é uma porta para o aumento de seu capital social.

A partir do momento que possuir um capital simbólico específico posiciona determinado agente num estágio privilegiado dentro de seu grupo, o acesso a certos tipos de alimentos e, principalmente, o capital cultural necessário para apreciá-los, faz dos possuidores de tais aspectos sujeitos diferenciados socialmente.

Dessa forma, com base na obra e nos conceitos de Pierre Bourdieu, pode-se afirmar que a boa alimentação pode vir a se tornar um capital simbólico importante, na sociedade capitalista, desde que os hábitos associados à busca por boa saúde se relacionem positivamente com a facilitação para encontros sociais e o *status quo* proporcionado por aspectos como ascensão econômica, cultural política ou social. Nesse mesmo sentido, parece importante não associar o ato de alimentar-se corretamente com valores contrários, como dificuldade de interação social, esquisitice, arrogância e desagregação.

Parece importante que os programas de educação nutricional levem em conta o que é compreendido, em cada grupo social, por alimentar-se bem. Ou seja, a dimensão social do ato de se alimentar traduz um capital simbólico, facilitador da aquisição de capital social e que expõe a posse de capital econômico e cultural. O alimento bom ou ruim é determinado, também, socialmente.

Existem diferenças quanto à expectativa do sujeito frente ao seu alimento. Classes sociais menos privilegiadas têm a necessidade de sentir-se com a barriga cheia, e por isso, somado à condição econômica desfavorável, recorrem a alimentos tidos como “pesados”, gordurosos, que compõem o prato principal (o arroz com feijão), enquanto que classes mais abastadas buscam alimentos mais leves, complementares, como misturas (peixes, legumes, frutas) (DANIEL; CRAVO, 2005).

Tais considerações demonstram que, na aplicação de programas de educação nutricional, se faz necessário considerar como se traduz o capital simbólico específico daquela estrutura e daquele espaço social, para, a partir daí, estabelecer metas e planos de ação.

Talvez não seja possível afirmar que existe um campo nutricional (com base no conceito de campo de Bourdieu), mas pode-se afirmar que se trata de um sub-campo de um espaço social maior, o campo econômico, com suas diferenças socio-culturais. Isso é possível, visto que o capital simbólico relativo ao alimentar-se constitui uma das inúmeras formas de diferenciação social deste espaço.

A tentativa de ensinar pessoas a melhorar seus hábitos alimentares só vai atingir seu objetivo se fizer sentido para os agentes, em seu espaço social. Ou seja, não basta dizer ao sujeito que ele deve se alimentar de maneira correta se isto demandar a adoção de hábitos alimentares pouco valorizados em seu meio, ou que não sejam de fácil acesso. Transformar o hábito alimentar dos sujeitos e, mais do que isso, fazer com que outras formas de alimento sejam valorizadas e aceitas como capital simbólico é com certeza um caminho difícil. A percepção da dimensão simbólica, nos termos apresentados por Bourdieu, dos hábitos alimentares arraigados no grupo, parece um elemento importante pra facilitar esta transformação, ou pelo menos para não torná-la mais difícil ainda.

Considerações Finais

Deve-se considerar, para pensar a educação nutricional, duas esferas importantes. A primeira, compreender que a mudança de hábitos, ou seja, de estilos de vida, é diretamente dependente da melhoria de condições de vida. Ou seja, um sujeito só pode adotar certos hábitos se o acesso a eles lhe for garantido ou facilitado. Portanto, não basta centrar esforços apenas no sentido de conscientizar os sujeitos acerca dos benefícios de uma boa alimentação. Muitas vezes, principalmente no caso de esferas sociais menos privilegiadas, é necessário adotar programas de políticas públicas que facilitem

e aumentem as possibilidades de escolhas de alimentos para o dia-a-dia desses sujeitos, evitando, inclusive, a *culpabilização da vítima* (termo de GONÇALVES, 2004) por suas escolhas. Afinal, como colocam Daniel e Cravo (2005), na sociedade capitalista o alimento é mercadoria, e só pode ser obtido na troca por dinheiro.


A segunda esfera diz respeito à compreensão dos deferentes *habitus* e seu caráter de estrutura estruturante. Nisso se inclui que o capital simbólico, caracterizado pelo ato de se alimentar de determinada maneira, só faz sentido e tem valor se o grupo social específico assim o reconhece. Portanto, é necessário não apenas inserir novos conceitos de alimentação saudável, mas transformar paradigmas. Fazer com que o reconhecido e valorizado em determinado grupo social seja algo próximo do que se tem como ideal e objetivo no programa de educação nutricional.

Os agentes valorizarão e buscarão a aquisição de certo capital se este lhe fizer sentido e lhe trazer reconhecimento. Ou seja, antes de inculcar novos hábitos no estilo de vida do sujeito, é preciso que toda sua compreensão quanto à alimentação, e de seu grupo social também, sejam modificadas, para que certos hábitos sejam almejados por eles.

Portanto, a questão da educação nutricional parece passar também por tentar estabelecer esforços tanto objetivos (na melhoria de condições de vida e na transformação de paradigmas), quanto subjetivos (na transformação de hábitos presentes no estilo de vida do sujeito e na percepção do que é reconhecido como valioso no meio social), para que intervenções tenham sucesso não somente como “doutrinas da boa alimentação”, mas como formas verdadeiras e eficientes de transformação social e promoção da saúde.

Referências

- BOURDIEU, Pierre. Gostos de classe e estilos de vida. In: ORTIZ, Renato (org.) *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983a. p 82-121.
- _____. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Ed. Marco Zero, 1983b.
- _____. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- _____. *Razões práticas sobre a teoria da ação*. Campinas: Papyrus, 1996.
- DANIEL, Junbla Maria Pimentel; CRAVO, Veraluz Zicarelli. Valor social e cultural da alimentação. In: CANESQUI, Ana maria; GARCIA, Rosa Wanda Diez (orgs.). *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 57-68.
- GONÇALVES, Aguinaldo. Em busca do diálogo do controle social sobre o estilo de vida. In: VILARTA, Roberto (org.) *Qualidade de Vida e políticas públicas: saúde, lazer e atividade física*. Campinas, IPES, 2004, p. 17-26.
- GONÇALVES, Aguinaldo; VILARTA, Roberto Qualidade de Vida: identidades e indicadores. In: GONÇALVES, Aguinaldo e VILARTA, Roberto (orgs.). *Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas*. Barueri, Manole, 2004, p.03-25.
- MACIEL, Maria Eunice. Identidade cultural e alimentação. In: CANESQUI, Ana Maria; GARCIA, Rosa Wanda Diez (orgs.). *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 49-55.
- RAMALHO, Rejane Andréa; SAUNDERS, Cláudia. O papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais. *Revista da nutrição*. Campinas, n. 13 v.1 p.11-16, jan/abr 2000.



Capítulo 11

Aspectos Nutricionais em Trabalhadores de uma Empresa de Tecnologia da Informação



SOLANGE APARECIDA FAGGION

NUTRICIONISTA, MESTRE EM ENFERMAGEM – UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP, SP, BRASIL

MARIA INÊS MONTEIRO

MESTRE EM EDUCAÇÃO – UNICAMP; DOUTORA EM ENFERMAGEM – USP
PROFESSORA ASSOCIADA – DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – FCM –
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP, SP, BRASIL

O estado nutricional de uma população é um indicador positivo de saúde e a transição epidemiológica no campo da nutrição representa uma abordagem específica de mudanças mais abrangentes no perfil de morbimortalidade, que expressa, por sua vez, modificações mais gerais nos ecossistemas de vida coletiva – habitação e saneamento, hábitos alimentares, níveis de ocupação e renda, dinâmica demográfica, acesso e uso social das informações, escolaridade, utilização dos serviços de saúde e opção por novos estilos de vida (BATISTA; RISSIN, 2003). O hábito alimentar é um processo complexo influenciado por vários fatores, como os costumes familiares, condição socioeconômica, informações divulgadas na mídia sobre alimentação saudável, preferências alimentares, religião, características, disponibilidade e acesso aos alimentos, horário do dia, aparência, textura, composi-

ção nutricional, fatores emocionais e, principalmente, o gasto energético (PATA-SALAMAN, 2000).

As mudanças ocorridas no padrão alimentar nas últimas décadas, juntamente com estilo de vida sedentário tem determinado o aumento dos casos de sobrepeso e obesidade no país (BATISTA; RISSIN, 2003). Estudos epidemiológicos têm fornecido evidências sobre a importância da alimentação na prevenção de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes e neoplasias, como as investigações sobre o efeito antioxidante das vitaminas A, E e C na prevenção do câncer e de doenças cardiovasculares; ingestão alimentar e suplementar de cálcio na prevenção da osteoporose; consumo excessivo de colesterol e gorduras saturadas e a ocorrência de doenças cardiovasculares; deficiência de ferro e redução da imunidade e desempenho intelectual, além da associação com anemia e gastrite atrófica (FUNG, RIMM, SPIEGELMAN, 2001; MICHAELSSON, MELHUS, BELLOCCO, 2003; JAVED, WASIM, SHAHAB, 2003).

O IBGE divulgou em 2004 uma pesquisa segundo a qual 40,6% de brasileiros adultos com 20 anos de idade ou mais (38,8 milhões) estavam acima do peso (IBGE, 2004).

A redução nas concentrações plasmáticas de lipoproteínas de alta densidade – HDL nos pacientes visceralmente obesos representa o principal fator responsável pelo aumento da relação colesterol total / HDL colesterol (LEMIEUX, PASCOT, ALMERAS *et al.*, 2000). Considerando que o excesso de tecido adiposo visceral está fortemente relacionado ao grupo das anormalidades metabólicas aterotrombóticas e inflamatórias, existe a necessidade de serem utilizadas ferramentas simples, como a circunferência de cintura, que permitam identificar os indivíduos de alto risco com excesso de gordura visceral.

A estratégia mais eficiente para reverter as consequências do excesso de peso é associar à reeducação alimentar a atividade física, realizada com regularidade, respeitando a capacidade física e cardíaca de cada pessoa, além de diminuir a ingestão diária de alimentos. A nutrição funcional tem como paradigma a redução do risco de doenças na velhice, mantendo a qualidade de vida. Hasler (2000) define alimentos funcionais como aqueles que possuem componentes fisiolo-

gicamente ativos com algum efeito benéfico para saúde além da nutrição básica.

Os programas de orientação nutricional devem ser mantidos com a finalidade principal de melhorar a saúde dos trabalhadores, buscando prevenir o aparecimento das doenças crônicas degenerativas, visto que alguns fatores de risco para essas doenças podem ser modificados com a ajuda da alimentação e não somente voltadas à alimentação básica para manutenção ou perda de peso e mudanças no estilo de vida.

Este estudo teve por objetivo analisar o hábito alimentar como indicador de ganho de peso e os dados bioquímicos apresentados nos exames laboratoriais entre trabalhadores da área de tecnologia da informação, com elevada escolaridade.

Métodos

O presente estudo foi desenvolvido junto a uma empresa pertencente a um condomínio que agrega empresas da área de telecomunicações e tecnologia da informação, localizada na região de Campinas. O projeto de pesquisa juntamente com os questionários e o termo de consentimento livre e esclarecido foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, tendo sido aprovado e homologado. Foi garantida a privacidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Trata-se de um estudo transversal ou estudo de prevalência através do qual os trabalhadores foram entrevistados no momento da avaliação nutricional, sendo que procuravam o serviço espontaneamente para orientação alimentar ou vinham encaminhados do serviço médico com alguma alteração nos exames laboratoriais, após a realização dos exames periódicos de rotina, na empresa. Foram utilizados os seguintes instrumentos para avaliação nutricional:

- Indicadores Antropométricos: utilizou-se a padronização de Lohman *et al.* (1998).

- Peso e altura: foi medido em quilogramas e verificado o peso sem sapatos, em uma balança marca Filizola®, com capacidade de 150 quilos e divisão de 100g. Foram pesados sem sapatos e mantiveram-se em posição ereta e olhar à frente. A altura foi registrada em metros.
- Dados Bioquímicos: valores adotados para diagnosticar as dislipidemias: colesterol elevado a partir de 200mg/dl; HDL – colesterol inadequado a partir de valores iguais ou abaixo de 40mg/dl e triglicéride elevado a partir de 150mg/dl (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2001).
- Relação cintura / quadril (RC/Q): foi medida com o auxílio de uma fita métrica inelástica, sendo a mesma colocada no ponto médio entre a crista ilíaca e a face externa da última costela para obtenção da medida da cintura. Para a obtenção da medida do quadril utilizou-se uma fita métrica inelástica, sendo colocada no perímetro de maior extensão entre os quadris e as nádegas.
- Circunferência da cintura (CC): foi medida com o auxílio de uma fita métrica inelástica, sendo a mesma colocada no ponto médio entre a crista ilíaca e a face externa da última costela para obtenção da medida da cintura. Os indivíduos estavam em posição ereta, com abdômen relaxado e os braços estendidos ao longo do corpo.
- Circunferência do punho direito. Foi medida com o auxílio de uma fita métrica inelástica com a finalidade de determinar a compleição do indivíduo.
- Valor Energético Total (VET) foi obtido através da entrevista individual, na qual foi realizada a avaliação nutricional do trabalhador. O VET foi obtido pelo método de histórico alimentar individual aplicado pela pesquisadora e utilizando-se do programa de computador de apoio à nutrição – NUT WIN. O valor obtido foi comparado com as recomendações estabelecidas pela WHO²⁵ por se tratar de indivíduos saudáveis. Nesses casos toma-se como referência o peso ideal para altura.

- Cálculo para os macronutrientes carboidrato, proteína e lipídio: segundo suas quantidades na dieta, seguido pelo percentual calórico fornecido por esses nutrientes relacionado ao valor calórico total da dieta. Posteriormente foi comparado às recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001), seguindo o padrão de 50 a 60% das calorias totais da dieta que devem ser fornecidas através dos carboidratos; 10 a 15% pelas proteínas e 25 a 35% advindas dos lipídios. A classificação utilizada foi adequada e inadequada (para menos e para mais), segundo as recomendações, considerando o total calórico como sendo suficiente para atingir e/ou manter o peso desejável.
- Índice de Massa Corpórea (IMC)²⁵: calculado através da fórmula peso sobre altura ao quadrado: $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$. Foram considerados indivíduos com sobrepeso aqueles que apresentaram IMC entre 25,0 e 29,9 Kg/m². Foi considerado como peso corpóreo ideal aquele que se encontrava na faixa do IMC igual a 22 Kg/m².
- A necessidade energética de cada indivíduo foi calculada segundo a TMB (taxa de metabolismo basal) estimada pelas equações propostas pela OMS²⁷ que consideram o gênero, determinados intervalos de faixa etária e o peso corporal. Uma vez determinada a TMB, o gasto energético diário poderá ser determinado se multiplicada pelo fator atividade (muito leve, leve, moderado e pesado), em conformidade com o relatado pelo indivíduo. O gasto energético total (GET) foi calculado, entretanto não pode ser determinado com precisão, já que este varia de indivíduo para indivíduo e de acordo com o tempo que este gasta em cada atividade que desenvolve. Assim as necessidades energéticas são estimadas e não devem ser consideradas como recomendações como acontece para os demais nutrientes, e sim como uma média dos grupos populacionais. Admite-se que para muitos indivíduos sedentários a quantidade de energia determinada é superestimada levando assim ao excesso de peso OMS²⁷.

Considerando as frequências no consumo dos alimentos, as categorias utilizadas foram diária, semanal, mensal, esporádica e nunca. Utilizou-se como gramatura as classificações pequena, média e grande de acordo com o sugerido pelo programa utilizado NUT WIN e em conformidade com o relatado pelo indivíduo.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa 105 trabalhadores, sendo 36,2% mulheres e 63,8% homens, com idade média de 38,9 anos (DP 9,16); com predominância da faixa etária de 40 a 49 anos (41,9%); estatura média de 1,70 cm (DP 0,09) e média de peso de 73,6 quilos (DP 14,14) e a maioria com ensino superior completo. Com relação à classificação do IMC (eutrófico, sobrepeso, obesidade), 45,7% dos trabalhadores estavam eutróficos; 43,8%, com sobrepeso e 10,5% com obesidade. A média do IMC ficou na faixa de 25,3 (DP 3,8). Utilizando-se os valores de medição de cintura propostos por Lean, Morrison (1995), 20% dos trabalhadores do sexo masculino avaliados apresentaram circunferência da cintura maior ou igual a 102 cm e 6,6% entre o sexo feminino apresentaram circunferência da cintura maior ou igual a 88 cm. Se considerarmos valores de 94 cm e 80 cm de circunferência de cintura para homens e mulheres, os valores aumentam para 36% e 11,4%, respectivamente.

Dentre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, 61% dos trabalhadores avaliados apresentaram níveis de colesterol total acima de 200mg/dl; 41% apresentaram níveis alterados de triglicérides e somente 14,2% tinham níveis adequados de colesterol – HDL. Entretanto, com relação à variável colesterol e à condição de estar eutrófico, com sobrepeso ou obesidade, os dados também se mostraram significativos ($p=0,0512$). Dos indivíduos com sobrepeso, 53,1% apresentaram níveis elevados de colesterol. Com relação à variável triglicéride e a condição do indivíduo ser classificado como eutrófico, com sobrepeso ou obesidade, os dados também se mostraram significativos ($p=0,0088$). Dos indivíduos classificados com sobrepeso, 44,1% apresentaram níveis alterados

de triglicéride, e, entre os com obesidade, 20,9% apresentaram níveis elevados de triglicérides. A relação entre a variável idade e colesterol mostrou-se significativa ($p=0,0296$), sendo que os trabalhadores com idade entre 40-49 anos apresentaram níveis acima de 200 mg/dl.

O valor energético total foi de 2500 calorias, em média, sendo que aproximadamente 30% dos trabalhadores avaliados apresentaram valores acima de 2.500 calorias. A distribuição energética entre os macronutrientes se apresentou abaixo do recomendado para os carboidratos (45%) e acima do recomendado para os lipídios (35%) e proteínas (22%). Os alimentos mais consumidos foram pão, arroz, massas, carne vermelha, doces, frituras, alimentos gordurosos, refrigerantes, salgadinhos e biscoitos. Entre os trabalhadores avaliados, 38,1% relataram não praticar nenhuma atividade física; 7,6% praticavam uma vez por semana; 38,1% duas ou três vezes e 25,7% praticavam atividade física leve e moderada, quatro vezes ou mais por semana. Com relação ao consumo de frutas e vegetais, dos 105 trabalhadores, 14,3% consumiam uma porção de fruta ao dia; 26,6%, duas; 54,3%, três ou mais e 4,8% nenhuma porção.

Os fatores comuns encontrados entre os trabalhadores com sobrepeso e obesidade foram as alterações nos níveis de colesterol total, colesterol HDL e triglicérides, ou seja, um quadro de dislipidemia. Dentre os trabalhadores com sobrepeso, 67% apresentaram alteração nos níveis de colesterol total e 41,3% nos triglicérides e, entre os obesos, 82% apresentaram níveis de triglicérides alterados (90,9% homens e 9,1% mulheres). Fatores evidenciados e relacionados à circunferência de cintura mostram que deve ser incentivada a perda de peso e de gordura na região abdominal.

As frutas e vegetais são importantes fontes de fibras, micronutrientes, além do fato que alguns são considerados alimentos com propriedades funcionais na dieta, e devem ser consumidos entre 3 a 5 e entre 2 a 4 porções respectivamente (PHILIPPI, LATTERZA, CRUZ, 1999). Na avaliação nutricional realizada o maior consumo verificado ficou entre três ou mais porções entre os dois tipos de alimentos para 54,2% dos trabalhadores. A orientação quanto à variedade no consumo

dos vegetais, divididos em subgrupos: vegetais verdes escuros, alaranjados, leguminosas, amidos e outros provêm os nutrientes necessários à manutenção da saúde tais como vitamina A (como betacaroteno), vitamina C, folato e potássio. Em relação à ingestão de gorduras, deve ser incentivado o controle das gorduras saturadas, ácidos graxos trans e colesterol, por favorecerem as dislipidemias e aumentarem o risco das doenças cardiovasculares.


O ritmo de vida no trabalho, a escassez de tempo em função da quantidade de informação disponível, os meios de locomoção, a pressão no trabalho, muitas vezes, fazem com que os padrões alimentares sejam alterados na família, pois como o tempo é escasso, o indivíduo opta por alimentos processados, prontos ou refeições preparadas em restaurantes, em detrimento das preparadas em casa, que levam em sua composição verduras, legumes e frutas. O quadro de dislipidemia observado na amostra estudada pode ser decorrente da ingestão de alimentos de maneira inadequada em relação aos aspectos qualitativos e quantitativos. Ações voltadas a mudanças no estilo de vida como a prática de atividades físicas diárias e orientação nutricional na prevenção das dislipidemias e da síndrome metabólica são fundamentais, principalmente se adequarmos a elas a prática de utilizar alimentos com propriedades funcionais, com introdução de alimentos de baixo índice glicêmico, aumento na ingestão de frutas e vegetais, grãos integrais, leite e derivados com baixo teor de gordura, soja, linhaça, alimentos prebióticos e probióticos.

Agradecimentos

Ao CNPq pelo suporte parcial por meio de bolsa de produtividade em pesquisa.

Referências

- BATISTA, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saúde Pública*; v. 19, supl 1, p. 181-191, 2003.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de Orçamentos Familiares*, POF 2002-2003.
- http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=278. Acesso em 30 jan 2005.
- FUNG, T. T.; RIMM, E. B.; SPIEGELMAN, D. *et al.* Association between dietary patterns and plasma biomarkers of obesity and cardiovascular disease risk. *Am J Clin Nutr*; v. 73, p. 61-67, 2001.
- HASLER, C. M. The changing face of functional foods. *J Am Coll Nutr*; v. 19, n. 5, p. 499S-506S, 2000.
- JAVED, Y.; WASIM, J.; SHAHAB, A. Helicobacter pylori infection and micronutrient deficiencies. *World J Gastroenterol*; v. 9, p. 2137-9, 2003.
- LEAN, M. T.; MORRISON, C. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *BMJ*; v. 311, p. 158-61, 1995.
- LEMIEUX, I.; PASCOT, A.; ALMERAS, N. *et al.* Hypertriglyceridemic waist. A marker of the atherogenic metabolic triad (hyperinsulinemia, hyperapo B, small dense WL) in men? *Circulation*; v. 102, p. 179-184, 2000.
- LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. *Anthropometric standardization reference manual*. Champaign: Human Kinetics Books; 1998.
- MICHAELSSON, K. ; MELHUS, H. ; BELLOCCO, R. *et al.* Dietary calcium and vitamin D intake in relation to osteoporotic fracture risk. *Bone*; v. 32, p. 694-703, 2003.
- PATA-SALAMAN, C. R. Ingestive behavior and obesity. *Nutrition*, v. 16, p. 797-9, 2000.
- PHILIPPI, S. T; LATTERZA, A. R.; CRUZ, A. T. *et al.* Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. *Rev Nutr*; v. 12, p. 65-80, 1999.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. *Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e diretriz de prevenção da aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia*; v. 77, Supl III, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Report of a WHO consultation on obesity, preventing and management the global epidemic*. Geneva; 1997.



Capítulo 12

**(Re)construindo Hábitos para uma Melhor
Qualidade de Vida: da Alimentação Saudável
e para Todos ao Descarte Consciente**



ANDRÉ LUIZ PAPALÉO

MESTRANDO DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA – UNICAMP

GUSTAVO LUÍS GUTIERREZ

PROFESSOR TITULAR DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA – UNICAMP

Diversos fatores de âmbito coletivo e individual, objetivo e subjetivo, interagem exercendo influência no processo de construção ou reconstrução de hábitos cotidianos, o que contribui positiva ou negativamente à busca de uma vida melhor.

Hábitos de consumo das sociedades urbanizadas representam hoje sérios problemas tanto ao meio ambiente quanto ao ser humano devido, principalmente, à degradação acelerada dos recursos naturais e à superprodução e ineficiência no trato com os resíduos gerados.

O homem destrói seu habitat à medida que produz e descarta diariamente toneladas de lixo, não sendo capaz de promover sua destinação final de maneira adequada. Isso também favorece a ocorrência de diversas doenças, causadas, por exemplo, pela proliferação de macro e microvetores e pela contaminação de lençóis freáticos e cursos d'água pelo chorume.

Como grande parte da produção de lixo vem da alimentação. Nosso objetivo neste capítulo é apresentar elementos para a discussão acerca da modificação dos hábitos alimentares nas socie-

dades de consumo, bem como das consequências, daí advindas, sobre a qualidade de vida (QV). Sem discordar da importância de estudos desenvolvidos pelas áreas da saúde sobre os diversos males derivados de uma dieta rica em gorduras, nosso ponto de vista será voltado para a análise de aspectos culturais, sociais e ambientais das coletividades humanas.

A Sociedade de Consumo

A partir da Revolução Industrial, o trabalho adquiriu um nível de importância sem precedentes na história, a ponto de tornar-se elemento central de organização da vida humana. Passou-se a identificar e até atribuir valor a uma pessoa pela sua profissão, a partir de informações básicas como renda salarial, *status*, posição e relações sociais, entre outras. No entanto, com a crise do trabalho na sociedade contemporânea, este perde o seu papel de centralidade à medida que outras dimensões passam a concorrer para o delineamento e entendimento de uma sociedade em profunda mudança.

De acordo com Portilho (2005), há uma considerável produção teórica que, partindo do esgotamento do padrão de acumulação fordista, aponta o consumo como substituto do trabalho enquanto princípio estruturante e organizador da sociedade.

Estudos sobre consumo e sociedade de consumo deixam, portanto, de ser secundários na atualidade devido à importância que representam ao pensamento ambientalista, à prática da cidadania nas interações sociais, aos aspectos relacionados à saúde e bem-estar do homem, enfim, a diversos elementos que constituem a teia social e estão diretamente relacionados à possibilidade de melhoria das condições de vida.

Nessa mudança paradigmática há estudos que, seguindo uma abordagem pós-moderna, optam pelo uso da expressão “cultura de consumo” frente ao termo “sociedade de consumo”, com a finalidade de enfatizar o cultural nas mediações simbólicas entre mercadoria e consumidor (PORTILHO, 2005).

Contudo, isso enfraquece o discurso ao posicionar em se-

gundo plano as dimensões econômica e política que constituem elementos fundamentais à construção e manutenção da sociedade. Optamos, portanto, pelo uso do termo “sociedade de consumo” em detrimento do termo “cultura de consumo” sem, contudo, desconsiderarmos suas limitações diante dos acontecimentos presentes.

Para além da idéia de multidões de consumidores livres e prazerosos, entendemos por sociedade de consumo aquela à qual o ato de consumir aproxima-se mais de um dever do cidadão do que de sua satisfação, embora esse aspecto também cumpra seu papel à medida que criamos sempre novas necessidades. Como bem disse Marx, necessidades que podem originar-se do estômago ou da fantasia.

Pendulamos, então, entre a exaltação da abundância e a lamentação da alienação e artificialidade do consumismo. Porém, sua crítica deve dar conta de uma análise eficiente do papel do consumo e do empenho do indivíduo que, longe de ser uma vítima passiva, consome visando à realização de suas potencialidades (PORTILHO, 2005).

Globalização, Cultura Alimentar e Alimentação Saudável

O termo reeducação alimentar, muito utilizado para representar o processo de mudança de comportamento acerca dos hábitos alimentares, busca transmitir, através de uma roupagem científica, a importância da reflexão sobre as práticas de consumo contemporâneas.

Por que, então, é tão difícil uma modificação considerável de práticas alimentares na sociedade? Para responder esta questão é necessário considerar tanto fatores culturais quanto fatores relacionados ao processo da globalização.

Parece-nos que a abordagem adotada por certas áreas, em particular pela Nutrição, limita-se sempre ao valor nutritivo dos alimentos, mesmo, por exemplo, quando da informação a respeito da importância do preparo de um prato colorido. Em geral, o valor simbólico é desconsiderado, o que faz com

que poucos indivíduos obtenham êxito ao tentar seguir dietas prescritas por especialistas.

Quando nos alimentamos, criamos práticas e atribuímos significado ao que estamos incorporando, o que vai além das necessidades orgânicas. Partilhamos coletivamente representações, de modo que nos nutrimos também do imaginário (MACIEL, 2001).

Se apenas o valor nutritivo for considerado, como explicar o fato de nos alimentarmos de algo vivo, como as ostras, ou podre, como determinados tipos de queijo? De acordo com Fischler (2001), citado por Maciel (2001, p.147), a variedade de escolhas está diretamente relacionada à variedade de sistemas culturais, deste modo “se nós não consumimos tudo que é biologicamente ingerível, é por que tudo que é biologicamente ingerível não é culturalmente comestível”.

Não nos alimentamos apenas conforme o meio natural em que vivemos, mas conforme o meio social a que pertencemos, o que gera fronteiras precisas entre países, regiões ou grupos. Assim, escolhemos não só o que comer, mas quando comer, como comer e com quem comer, aspectos que, constantemente interligados, definem um sistema alimentar.

Contudo, a partir da globalização, processo pelo qual a Terra deixa de ser um conglomerado de nações tornando-se uma sociedade global (IANNI, 1997), verifica-se uma desterritorialização do alimento. Se, por um lado, persistem os pratos típicos de cada nação, por outro, eles sofrem uma metamorfose a fim de adaptar-se à expansão e ao consumidor global e com isso perdem sua peculiaridade.

Dependendo de aspectos como cultura alimentar e práticas consolidadas e simbolicamente valorizadas, resistências podem ser notadas em determinados contextos. No entanto, a standardização de certos comportamentos facilita alterações alimentares como parte de um modo de vida urbanizado. Um exemplo é a crescente individualização dos rituais alimentares (GARCIA, 2003).

Outro aspecto relevante é o tempo enquanto elemento chave no mundo contemporâneo. Assim, o padrão alimentar *fast-food* parece adequar-se bastante à aceleração da moderni-

dade. Somado a isso, tem-se a difusão de modelos, sendo o modelo norte-americano o mais valorizado no Brasil.

Enquanto certas nações se perguntam para onde irão, outras ainda se perguntam ‘quem somos’, em geral países que no passado foram colônias de exploração e no presente são bastante dependentes. Para Garcia (2003), isso facilita a permeabilidade de novas práticas dentro de uma dada cultura alimentar, o que em nosso caso evidencia-se com a absorção das culturas européia e, principalmente, americana, consideradas por nós como sendo superiores.

Com respeito aos aspectos culturais e sociais, cabe mencionar ainda diferenças alimentares no interior de uma sociedade como consequência das diferentes condições de vida de sua população.

Comer caviar tem tanto valor simbólico quanto comer calango. Enquanto o primeiro é consumido por elites econômicas e relaciona-se ao luxo e sofisticação, o segundo é consumido em situação de miséria devido à seca, estando associado à quase repugnância e falta de alternativa. Discutiremos a seguir um pouco mais desse aspecto.

Fome *Versus* Obesidade: Faces da Desigualdade Social

Tal como acontece em outros países do terceiro mundo, o Brasil atravessa um período de transição epidemiológica em que se verifica, concomitantemente, a redução da mortalidade por doenças infecto-contagiosas e o aumento da mortalidade devido às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a obesidade, a hipertensão arterial, as doenças cardiovasculares entre outras. Conforme Prata (1992), no Brasil a queda da mortalidade por doenças infecciosas não foi acompanhada pela queda da morbidade, ao contrário, ocorreu o aumento desta em algumas regiões. Isso coloca o país em um estágio de transição epidemiológica intermediário, visto que em alguns estados ou regiões a transição está no início, em outros no meio e, apenas em alguns, está no final.

Com isso, constata-se que enfrentamos ao mesmo tempo o aumento das doenças diretamente relacionadas a um estilo de vida sedentário e à ingestão de alimentos com alto teor calórico, antes observadas com maior intensidade nos países desenvolvidos; e a persistência de doenças em que a prevalência se dá principalmente em populações pobres, que vivem em péssimas condições de saúde, moradia, segurança e também alimentação cujas causas, neste caso, transitam entre a desnutrição energético-protéica e carências nutricionais específicas, como a deficiência de ferro.

O documentário *Ilha das Flores* (1989) mostra o extremo descaso com o ser humano, retratando com exatidão uma das principais causas dessa persistência: a desigualdade social. No filme, o diretor Jorge Furtado faz uma análise crítica da sociedade de consumo, apresentando imagens verídicas de indivíduos marginalizados, entre os quais crianças, em fila para conseguir restos de alimentos já reprovados para o consumo de porcos. Esse exemplo reforça uma enorme contradição social com respeito a dois fatores que, ao menos no plano teórico, deveriam ser inversamente proporcionais: produção de alimento e fome.

Sendo o país um grande produtor de alimentos, nada mais coerente do que se esperar um quadro mínimo de fome entre a população, porém, conforme dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (1993), citados por Vasconcelos (2004), já no início da década de 1990 havia no país 32 milhões de cidadãos famintos. Como explicar tal estatística? O aprofundamento que essa questão complexa e multifacetada exige ultrapassa os limites deste capítulo, no entanto, faremos uma breve explanação devido à pertinência do assunto e nossa intenção de situar melhor o leitor.

Desde a década de 1980, já havia estratégias de combate à fome no Brasil, mas foi no ano de 1993 que grande passo foi dado com a implantação da Política Nacional de Segurança Alimentar no governo de Itamar Franco, conforme proposta apresentada à época por Luiz Inácio Lula da Silva, então presidente do Partido dos Trabalhadores. Naquele mesmo ano é criado ainda o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA) e lançado o movimento “Ação da cidadania con-

tra a fome, a miséria e pela vida”, liderado pelo sociólogo Betinho. Através desse movimento, várias iniciativas de combate à fome foram deflagradas a partir de 1994. Suas estratégias visavam à redução do desperdício ao longo das etapas de produção, distribuição, comercialização e consumo, partindo de uma concepção cujo discurso colocava o desperdício como a principal causa da indústria da fome no país. Esse discurso parecia querer omitir os principais determinantes dessa catástrofe, tais como, a concentração de terra e renda, prioridade política à produção para o mercado externo, adiamento constante da reforma agrária (VASCONCELOS, 2004).

Não desconsiderando a relevância da questão do desperdício, que ainda hoje é verificada entre nós e urge ser superada, percebe-se que o desafio de combate à fome defronta-se com a maneira com que o excedente é apropriado e não com a ineficiência na produção.

No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), ocorre o esvaziamento da Ação Cidadania e a extinção do CONSEA, substituído pelo Conselho da Comunidade Solidária, cujo discurso se aproxima de uma parceria entre um Estado mínimo, o mercado e o terceiro setor. Hoje, no segundo mandato de Luiz Inácio Lula da Silva, encontra-se em vigor o Programa Fome Zero que, iniciado com uma intensa propaganda governamental para a sensibilização da sociedade, conta com a adesão da sociedade civil e de alguns empresários.

Concordamos com Vasconcelos (2004) no sentido de que o objetivo não é possibilitar a todos os brasileiros o padrão de alimentação que desfruta a minoria, até porque tal nível de consumo também gera efeitos adversos ao processo saúde/nutrição. Espera-se que as medidas estruturais do governo permaneçam paralelamente às medidas emergenciais, com vistas à superação da fome que envergonha o país.

Cidadania, Descarte Consciente e Benefícios Sócio-ambientais

Paralelo ao quadro anteriormente descrito encontra-se outra realidade que contribui ao distanciamento de uma vida digna para todos: o desemprego estrutural intensificado em todo o planeta a partir de 1980, com as reorientações políticas do neoliberalismo.

A partir desse quadro, diversas alternativas de trabalho surgem ou são recriadas na sociedade. Nesse contexto, as organizações autogestionárias (cooperativas populares, associações, empresas autogestoras, fábricas recuperadas etc.) são um exemplo que merece destaque.

Tais organizações não representam apenas alternativa de renda a pessoas excluídas do emprego formal. Seu potencial está na construção de relações mais justas através de processos de decisão democráticos, autonomia de gestão, ênfase das pessoas e do trabalho sobre o capital, características estas pautadas por princípios de cooperação e solidariedade (VIEITEZ, 1997).

No amplo leque de empreendimentos que compõem a Economia Solidária, as cooperativas de processamento de materiais sólidos recicláveis contribuem não apenas no âmbito social, com geração de trabalho, mas também ambiental à medida que funcionam como elo de ligação entre o indivíduo que descarta e o empreendimento que recicla.

Estas cooperativas são responsáveis pela triagem, compactação e venda do produto às empresas de reciclagem. Para seu funcionamento, elas necessitam receber sua matéria prima (os resíduos) regularmente e em quantidade suficiente. Isso acontece basicamente de duas formas: utilização de veículos próprios, algo menos comum devido à desfavorável situação econômica que geralmente encontram-se tais empreendimentos, e recebimento do material através de convênio com órgãos públicos.

Assim, nos municípios em que funcionam tais cooperativas, comumente verificam-se serviços municipais de coleta seletiva. Essa coleta seletiva, enquanto parte de um processo de gestão integrada dos resíduos (NUNESMAIA, 2002) de um município, depende da participação efetiva da população, e aqui entra o pa-

pel fundamental do indivíduo que, consciente de sua responsabilidade, exerce sua cidadania através da separação inicial entre lixo molhado (orgânico) e seco (reciclável).

Essa separação, impensável há algumas décadas, cada vez mais passa a fazer parte do cotidiano das pessoas, em particular daquelas que vivem em grandes centros urbanos. Isso possibilita a destinação correta de grande parte dos resíduos gerados, o que contribui consideravelmente para a minimização dos danos ambientais e, conseqüentemente, para a melhoria da QV.

Considerações Finais

Procuramos mostrar neste capítulo que, se por um lado, ações de QV podem ser pensadas no âmbito individual, por outro lado, elas necessitam de reflexão e ação principalmente no âmbito coletivo, do contrário elas serão sempre limitadas, às vezes até equivocadas, quando o que se busca é uma vida substancialmente melhor para todos.

Os caminhos pelos quais segue a sociedade de consumo, orientada para o individualismo e para o consumismo, são responsáveis pelo surgimento de diversos problemas de difícil solução. Dentre eles, os maus hábitos alimentares merecem atenção não apenas por aumentar os índices de mortalidade como conseqüência das DCNT, o que por si só já significa um grave problema de saúde pública, mas por contribuir consideravelmente na produção de lixo que, por sua vez, agride não apenas a nós mesmos, mas também ao ambiente em que vivemos.

A modificação de hábitos alimentares é de enorme importância para o indivíduo que procura melhorar sua qualidade de vida. A essa atitude soma-se a questão da responsabilidade assumida por cada um sobre a maneira como consome e sobre o lixo que gera, visto que ele também interfere consideravelmente na QV, conforme procuramos demonstrar. Desse modo, a busca por soluções para uma vida melhor deve contemplar a complexidade fruto das interações entre os diferentes problemas que se manifestam na sociedade, sejam eles de natureza social, cultural, econômica, política ou ambiental.

Referências

- FISCHER, C. *L'omnivore*. Paris: Poche Odile Jacob, 2001.
- GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Rev. Nutr.* Campinas, n.16, v.4, p.483-492, out./dez., 2003.
- IANNI, O. *Teorias da Globalização*. 4.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997.
- ILHA das flores*. Direção: Jorge Furtado. Porto Alegre: Casa de Cinema, 1989. 1 DVD (13 min.), widescreen, color.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. *O mapa da fome: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar*: Documento de Política n.14, Brasília, Ipea (mimeo.), 1993.
- MACIEL, M. E. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de koshima com brillat-savarin? *Horizontes antropológicos*, Porto Alegre, ano 7, n.16, p.145-156, dez., 2001.
- NUNESMAIA, M. de F. A gestão de resíduos urbanos e suas limitações. *Revista Baiana de Tecnologia*, v.17, n.1, p.120-129, jan./abr., 2002.
- PORTILHO, F. *Sustentabilidade ambiental, consumo e cidadania*. São Paulo: Cortez, 2005.
- PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, n.8, v.2, p.168-175, abr./jun., 1992.
- VASCONCELOS, F. de A. G. de. Fome, solidariedade e ética: uma análise do discurso da ação da cidadania contra a fome, a miséria e pela vida. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, n.11, v.2, p.259-277, mai./ago., 2004.
- VIEITEZ, C. G. Temas da autogestão dos trabalhadores. In VIEITEZ, C. G. (Org.). *A empresa sem patrão*. Marília: UNESP, 1997, p.9-24.

Da Academia à Política Pública: O Caso da Mensuração da Insegurança Alimentar no Brasil



ANA MARIA SEGALL CORRÊA

PROFESSORA ASSOCIADA EM EPIDEMIOLOGIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL-FCM-UNICAMP

Antecedentes

Resolução da segunda Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional promovida pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, em 2004(1) definiu a segurança alimentar como

“o direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis”.

Esse conceito amplia as concepções internacionalmente reconhecidas, agregando dimensões à segurança alimentar (SA) que tornam ainda mais complexos os intentos de mensurar seus determinantes, identificar indivíduos ou grupos populacionais vulneráveis a algum grau de deficiência

de acesso quantitativo e qualitativo aos alimentos, analisar seus efeitos sobre o bem-estar das pessoas, e ainda, avaliar o progresso e impacto das políticas públicas(2). Associada a essa complexidade está a exigência de métodos de medida que possam produzir informações desagregadas que, além de mostrarem as desigualdades regionais e estaduais, exponham as vulnerabilidades das populações locais e apontem prontamente mudanças que venham a ocorrer.

O objetivo deste Capítulo é o de descrever o caminho percorrido por uma investigação de natureza acadêmica até alcançar o seu *status* de um instrumento das políticas públicas de combate à insegurança alimentar e fome no Brasil. Buscará também apontar, nesse transcurso, os resultados que possibilitaram analisar a situação de insegurança alimentar (IA) observada como de expressiva magnitude na população brasileira, bem como avaliar a sua evolução ao longo dessa década.

Estudo de Validação e Teste

Em Janeiro de 2003, por ocasião do lançamento da política do programa Fome Zero (FZ), um grupo de pesquisadores reunidos na Unicamp discutiu a pertinência e a viabilidade de validar para a realidade brasileira uma escala, já existente(3), de medida de segurança alimentar a partir da experiência dessa condição vivida por indivíduos e suas famílias. Essa proposta decorreu da constatação que o programa FZ tinha importante deficiência quanto a definição de métodos para o diagnóstico das populações vulneráveis à IA e mais ainda quanto a indicadores de acompanhamento e avaliação. O projeto do FZ referia basicamente os indicadores indiretos que permitiam estimar a população vulnerável, entre eles o rendimento familiar, usado como critério de elegibilidade aos programas. Compreende-se que naquele momento político, e analisando a amplitude e diversidade de ações do FZ, as questões técnicas ligadas à avaliação pudessem constituir preocupação secundária dos seus autores, o que abria campo para a participação de setores da academia.

Foi nesse contexto e ainda nos primeiros meses de 2003, que foi planejado um projeto multicêntrico, com o apoio do

Ministério da Saúde, Organização Panamericana da Saúde (OPS-Brasil), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e Fundo de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), e que deu origem à Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA), com participação em todas as suas fases de cinco instituições de pesquisa: UNICAMP (coordenação), UNB, UFPB, UFMT e INPA, além de pesquisador da Universidade de Connecticut (4). A EBIA teve sua origem na HHFSSM (*Household Food Security Scale Measurement*), escala usada há mais de uma década nos Estados Unidos da América e com várias experiências de adaptação e validação em países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento(5, 6).

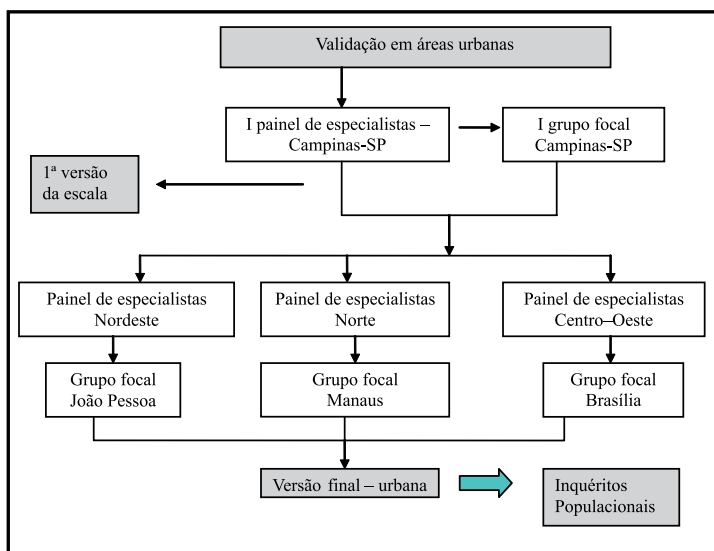
No Brasil a investigação para o desenvolvimento da EBIA(4, 7) seguiu em uma primeira etapa, métodos qualitativos, visando validar conceitos relativos à segurança alimentar e conteúdos adaptados da escala original (HHFSSM), validade de face e conteúdo, inicialmente com grupos de especialistas em nutrição e gestores das políticas de SA e, em seguida, com representantes de comunidades rurais e urbanas organizados em grupos focais. Estes últimos foram escolhidos e convidados a participar por profissionais de Unidades Básicas de Saúde, de cada uma das localidades, por ser conhecida a sua experiência com situação de insegurança alimentar ou fome. A segunda etapa quantitativa do processo de validação da EBIA se deu com a realização de inquéritos, com amostras intencionais da população de capitais e áreas rurais de 4 regiões do Brasil, Norte, Nordeste Centro Oeste e Sudeste. Buscou-se com essas escolhas contemplar a diversidade social e de hábitos culturais, especialmente alimentares, que são observadas no Brasil e obter a validade externa, preditiva, dos itens da escala (4, 7).

O quadro 1 mostra todos os procedimentos da investigação em suas diversas etapas e locais urbanos ilustrando o esforço para captar o conhecimento acumulado de pesquisadores de várias instituições de pesquisa e localidades do país e a experiência de convivência com a insegurança alimentar e fome expressa por pessoas que participaram dos grupos focais. Os mesmos passos foram seguidos para a validação da EBIA em áreas rurais.

Buscava-se desta forma, com o estudo em localidades urbanas e rurais avaliar a possibilidade de termos, no Brasil, apesar de toda a sua diversidade, uma única escala de medida direta da percepção e experiência de insegurança alimentar, com alta validade interna e externa. É importante registrar que todas as atividades desenvolvidas, tanto nos seus aspectos qualitativos quanto quantitativos, foram acompanhadas por avaliadores externos reunidos em 2 oficinas organizadas por profissionais da organização Pan-Americana da Saúde e realizadas nas dependências de sua sede em Brasília.

Quadro 1

Procedimentos e passos seguidos para a validação da escala de medida da experiência de insegurança alimentar domiciliar, em 4 macroregiões do Brasil



Adaptado de: Segall Corrêa, A. M.; Panigassi, G.; Sampaio, M. F. A.; Marin, L.; Perez-Escamilla, R. Validação de instrumentos de mensuração da insegurança alimentar e fome, no contexto das políticas brasileiras de combate à fome: Brasil 2003-2004; Perspectiva em Nutrição Humana, V2; p89-102, 2007.

A estrutura da EBIA com suas 15 perguntas, cuja síntese está no quadro 2, constitui agrupamentos conceituais que permitem estimar as prevalências de segurança alimentar e classificar os domicílios em quatro níveis, aqueles com Segurança Alimentar, em Insegurança Alimentar Leve, ou Moderada ou Grave.

Quadro 2

Síntese dos itens que compõem a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)

1	preocupação de que a comida acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida.
2	a comida acabou antes que tivesse dinheiro para comprar mais.
3	ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada
4	dispõe de alguns tipos de alimentos para alimentar os moradores menores 18 anos
5	adulto diminuiu a quantidade de alimentos ou pulou refeições por falta de dinheiro para comprar comida
6	comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida
7	entrevistada sentiu fome mas não comeu porque não podia comprar comida
8	entrevistada perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida
9	adulto ficou, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, por falta de dinheiro
10	não pode oferecer a morador menor de 18 anos, alimentação saudável e variada, por falta de dinheiro
11	algum morador menor de 18 anos não comeu em quantidade suficiente, por falta de dinheiro
12	diminuiu a quantidade de alimentos morador menor de 18 anos por falta de dinheiro
13	morador menor de 18 anos deixou de fazer alguma refeição, por falta de dinheiro comprar a comida
14	morador menor de 18 anos teve fome, mas você simplesmente não podia comprar mais comida
15	algum morador menor de 18 anos ficou sem comer por um dia inteiro, por falta de dinheiro

Todas as perguntas se referem aos três meses que antecederam a entrevista. Cada item respondido afirmativamente é seguido de alternativas de frequências: “em quase todos os dias”, “em alguns dias”, “em apenas um ou dois dias” e “não sabe” ou “recusa responder”, exceto a pergunta 8 sobre a quantidade de peso perdido cujas opções de respostas foram: muita, média, pouca e não sabe.

Embora a EBIA tenha sido originada de outra escala elaborada em contexto sócio-cultural distinto, o processo de investigação realizado, no Brasil, possibilitou incorporar à escala as especificidades e diversidades nacionais, mesmo assim, resultando em único instrumento de medida, aplicável à população brasileira, seja ela rural ou urbana. A EBIA é um instrumento de medida de alta validade interna e externa como ficou demonstrado com o uso de diferentes e sofisticados procedimentos analíticos (4, 8).

Usos da EBIA

Terminada o processo de validação a EBIA foi usada como instrumento de diagnóstico da insegurança alimentar em dois inquéritos, ainda em 2004, um de abrangência e representatividade populacional na cidade de Campinas (9) e outro em Brasília, que investigou a SA em famílias com crianças menores de 6 anos de idade que demandavam os postos de vacinação, em dia nacional de imunização(10). Esses inquéritos populacionais confirmaram a validade da EBIA e mostraram os primeiros resultados em grande população. Foram encontrados valores de prevalência muito próximos e condizentes com as semelhanças socioeconômicas observadas nas duas Cidades.

A partir daí, a EBIA passou a ser considerada como um instrumento importante de geração de indicadores diretos de medida domiciliar da segurança alimentar, relevante para o monitoramento da IA na população, para avaliação dos efeitos das políticas públicas setoriais de combate à insegurança alimentar, e de eventos sociais ou econômicos geradores de impacto no acesso da população aos alimentos.

No final de 2003, a equipe que coordenou a validação da EBIA foi convidada pelo Ministério do Desenvolvimento Social a integrar o grupo que preparava a incorporação da EBIA no módulo de segurança alimentar da PNAD2004. Isso proporcionou o primeiro diagnóstico, no Brasil, de segurança e insegurança alimentar domiciliar, com abrangência nacional (11). Os resultados mostraram que àquela ocasião cerca de 40% da população brasileira convivia com algum grau de restrição alimentar, 18% tinham IA Leve, 14,1% IA moderada, outros 7,7% tinham IA Grave, correspondendo este último a aproximadamente 14 milhões de brasileiros convivendo com a situação de fome com alguma frequência, nos três meses que antecederam a pesquisa do IBGE. Essa situação estava presente em 6,5% dos domicílios do país.

Vários outros inquéritos populacionais ou estudos específicos foram realizados, em várias regiões do país nos anos seguintes (12-15), por solicitação de gestores municipais dos programas sociais ou por interesses acadêmicos. Foi constituída a Rede Alimenta-Rede Inter-institucional e multidisciplinar de investigadores em Segurança Alimentar, que desenvolvem estudos de validação em grupos específicos, como os indígenas e outras populações que vivem à margem da sociedade nacional, e aprimoram indicadores complementares à escala para análise de outras dimensões da segurança alimentar não abrangidas pela EBIA.

Em 2006, a pesquisa nacional de demografia e saúde também foi acrescida de um módulo sobre segurança alimentar, sendo a EBIA seu componente principal(16). As análises resultantes e relativas aos domicílios nos quais residia pelo menos uma mulher em idade fértil mostraram que a magnitude da insegurança alimentar ainda é grande no Brasil. É de 9,7% a prevalência de domicílios com moradores experimentando insegurança alimentar moderada (restrição quantitativa de alimentos entre os adultos) e 4,8% de insegurança grave; nesse caso, a restrição alimentar atingia também as crianças desses domicílios. Apesar disso, houve melhora significativa comparando 2006 e 2004. Em 2004, incluindo na análise apenas os domicílios com mulheres em idade fértil, a proporção de insegurança alimentar moderada era 12,9% e de

grave 6,6%, havendo, portanto, em 2 anos, melhora significativa no acesso das famílias aos alimentos.

Os resultados aqui apresentados mostram que a EBIA é reconhecida como um instrumento relevante de apoio às políticas de combate à fome no Brasil e ainda mais, que o processo de seu desenvolvimento constitui exemplo de parceria bem sucedida entre a academia e as políticas públicas do país.

Referências

1. BRASIL-CONSEA. Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional. In: CONSEA, editor. II *Conferência Nacional de Olinda*; 2004; Olinda, Pe, Brasil; 2004. p. 81.
2. Kepple A, Segall-Corrêa A. Conceituando e Medindo Segurança Alimentar e Nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva* (Online) 2008 Agosto [cited 2008 Agosto, 2008]; 11- 19]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1511
3. Bickel G. *Guide to Measuring Household Food Security in the United States. Food and Nutrition Service* 2000 [cited agosto 2008]; Disponível em: www.ers.usda.gov/publications/fanrr11-1/fanrr11_1b.pdf
4. Ana Maria Segall-Corrêa, Rafael Perez-Escamilla, Letícia Marin-Leon, Lucia Yuyama, Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna, Denise Coitinho, et al. Evaluation of household food insecurity in Brazil: validity assessment in diverse sociocultural settings. In: *FAO-Iniciativa America Latina e Caribe Sin Hambre*, editor. Concurso RedSan 2007. 1ª ed. Santiago-Chile: Oficina Regional FAO-Chile; 2009. p. 325.
5. Radimer K, Olson C, Greene J, Campbell C, Habicht J-P. Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children. *J Nutr Educ* 1992;24 Suppl:36-45.
6. Pérez-Escamilla R, Randolph S, Hathie I, Gaye I. Adaptation and validation of the USDA food security scale in rural Senegal. *FASEB J* 2004;18(106 A abstract # 104.1).

7. Pérez-ESCAMILLA R, SEGALL-CORRÊA AM, MARANHA LK, SAMPAIO MFA, MARÍN L, PANIGASSI G. An Adapted Version of the US Department of Agriculture Food Insecure Module Is a Valid Tool for Assessing Food Insecurity in Campinas, Brasil. *Journal of Nutrition* 2004;134:1923 – 1928.
8. Melgar-Qinonez H, Nord M, Pérez-Escamilla R, Segall-Corrêa AM. Psychometric properties of a modified US-household food security survey module in Campinas, Brazil. *European Journal of Clinical Nutrition* 2007;1:245 – 257.
9. Panigassi G, Segall-Corrêa AM, Marin-León L, Pérez-Escamilla R, Sampaio MdFA, Maranhã LK. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. *Cadernos de Saúde Pública* 2008;24:2376-2384.
10. Leão M. *Segurança Alimentar e Risco de Sobrepeso e Obesidade em famílias de crianças menores de 6 anos-*. Brasília: UNB; 2005.
11. IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Suplemento de Segurança Alimentar*. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
12. Vianna RpdT, Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. *Revista de Nutrição* 2008;21:111s-122s.
13. Salles-Costa R, Pereira RA, Vasconcellos MTLd, Veiga Gvd, Marins VMrd, Jardim BC, et al. Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista de Nutrição* 2008;21:99s-109s.
14. Fávaro T, Ribas D, Zorzatto J, Segall-Corrêa A, Panigassi G. Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2007;23:785-793.
15. Segall-Corrêa AM, Panigassi G, Sampaio M, Marin-León L, Pérez-Escamilla R. Validación de instrumento de medida de la inseguridad alimentaria y hambre, em el contexto de las políticas brasileñas de combate el hambre. *Perspectivas en Nutrición Humana* 2007;2:p.89 – 102.
16. Segall-Corrêa AM, Leticia Leon-Marin, Giseli Panigassi, Rafael Perez-Escamilla. Segurança Alimentar em Domicílio. In: Elza Berquó, Sandra Garcia, Tânia Lago, editors. *Relatório Final – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS* 2006. Brasília: Ministério da Saúde, M S; 2008, prelo. p. 306.

Influências Culinárias e Diversidade Cultural da Identidade Brasileira: Imigração, Regionalização e suas Comidas



JAQUELINE GIRNOS SONATI

MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA – UNICAMP

ROBERTO VILARTA

PROFESSOR TITULAR EM QUALIDADE DE VIDA,
SAÚDE COLETIVA E ATIVIDADE FÍSICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA – UNICAMP

CLELIANI DE CASSIA DA SILVA

ESPECIALISTA EM NUTRIÇÃO, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA – UNICAMP

A identidade de um povo se dá, principalmente, por sua língua e por sua cultura alimentar. Um conjunto de práticas alimentares determinadas ao longo do tempo por uma sociedade passa a identificá-la e muitas vezes, quando enraíza, se torna patrimônio cultural. O ato da alimentação, mais do que biológico, envolve as formas e tecnologias de cultivo, manejo e a coleta do alimento, a escolha, seu armazenamento e formas de preparo e de apresentação, constituindo um processo social e cultural.

As questões simbólicas relacionadas com o alimento e as comidas são tratadas do ponto de vista antropológico por Da-Matta (1986, 1987) onde a “comida não é apenas uma substância alimentar mas é também um modo, um estilo e um

jeito de alimentar-se. E o jeito de comer define não só aquilo que é ingerido, como também aquele que o ingere”. Maciel (2004), a partir dessa diferenciação, esclarece a estruturação conceitual das chamadas “*cozinhas* como formas culturalmente estabelecidas, codificadas e reconhecidas de alimentar-se” e “uma cozinha faz parte de um *sistema alimentar* – ou seja, de um conjunto de elementos, produtos, técnicas, hábitos e comportamentos relativos à alimentação –, o qual inclui a *culinária*, que refere-se às *maneiras de fazer* o alimento transformando-o em comida”.

Nos últimos anos tem sido difundida, tanto pela mídia como também pelos profissionais da área da saúde, a ideia da transposição de modelos de dieta tradicionais como referência para prescrições nutricionais direcionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Garcia (2001) confronta esse conceito, em um elegante artigo de revisão sobre a dieta mediterrânea. Segundo a autora, há que se ter o cuidado ao preconizar modelos de dieta importados de culturas e estilos de vida diferenciados visto que tais abordagens contemplam “as características alimentares e nutricionais de uma população, incluindo peculiaridades de sua estrutura culinária, de modo a permitir identificar tais características como parte da cultura de um povo ou nação”. Segundo Garcia (2001)

“quando a alimentação é incluída no estilo de vida, um outro campo de análise é aberto, dizendo respeito às disposições relacionadas às práticas alimentares e sua contextualização no comportamento alimentar. Qualquer mudança na dieta implica profundas alterações nas práticas alimentares o que, por sua vez demanda um redimensionamento da rotina doméstica, das práticas sociais, do ritmo de vida, enfim, representa uma reorganização e realocação da alimentação no modus vivendi, que só é possível se for afetada também às condições de vida.”

Considerando a importância desses aspectos, a título de exemplos e estímulo à discussão, apresentamos algumas aproximações entre os aspectos ambientais, socioeconômicos e culturais de determinadas comidas.

Podemos observar que nos países próximos ao mar, os peixes e os frutos do mar tornam-se a principal fonte de proteína animal, assim como a necessidade de preservar um alimento, seja por fatores políticos (guerra) ou devido às alterações climáticas; isso faz com que tenham sido desenvolvidas técnicas de conservação e de preparo que caracterizam o alimento à região.

O excesso e escassez alternados na produção de alimentos, condicionado a eventos climáticos e históricos de guerras, levou ao desenvolvimento de geléias e pickles, principalmente na Europa. Na Alemanha, o *sauerkraut* (chucrute) é uma maneira de se comer o repolho durante todo o ano, assim como as geléias é para as frutas.

A comida típica que representa uma tradição não necessariamente faz parte do dia a dia de seu povo, o importante é que ela desperta um sentimento de apropriação, que faz com que a comida vista a “roupagem” de seu país de origem (REINHARDT, 2007). O Gulasch, prato tradicional alemão, traduz bem essa atitude, sendo um prato de origem austro-húngaro. No entanto, o fato desse prato ser húngaro não tem importância para o povo alemão, o importante é que essa comida desperta sentimentos ligados à origem alemã, levando-os a considerá-la como uma comida típica daquele país, mundialmente mais reconhecida, do ponto de vista cultural, como referência da culinária alemã.

Dentre os alimentos, a batata talvez seja aquele que está presente fortemente em toda a Europa, sendo muito utilizada na cozinha alemã, holandesa e suíça, tanto em forma de purê como cozida, acompanhando os diferentes tipos de mostardas, das mais suaves às mais picantes. Também se comem, nesses países, os wurst (salsichas) e a carne de porco (joelho – eisbein, bisteca – kassler).

Quando falamos em saborear um prato de comida estamos indo mais além do que simplesmente “matar a fome”. A comida pode ser um veículo para nos levar a lugares fantásticos, é quase impossível comer sushis e sashimis sem utilizar o hashi e se lembrar do Japão e da China. Uma imersão na cultura alimentar de determinado local nos faz muitas vezes viajar até ele sem sequer sair de nosso próprio país.

A cozinha japonesa valoriza a decoração. A beleza da comida faz com que aumente a vontade de comer e que o alimento seja apreciado antes de ser comido, isso obriga as pessoas comerem mais lentamente. Essa cozinha se dedica ao capricho e imaginação à apresentação das refeições, assim como são as cozinhas francesa e chinesa. Entretanto, há uma diferença entre as três cozinhas citadas, sendo que a francesa e a chinesa buscam desenvolver a mistura de ingredientes de forma harmoniosa na elaboração de seus pratos, enquanto que a japonesa procura preservar as propriedades nutricionais de cada componente (FRANCO, 2001). Para isso ela se baseia em 3 conceitos básicos:

- cinco cores – preto (algas), branco (arroz/tofu), vermelho-laranja (cenoura), amarelo (milho) e verde (espinafre).
- cinco cozaduras – vapor, grelhamento, fritura, crus e o cozimento pelo vinagre.
- cinco sabores – doce, salgado, o de especiarias, azedo e amargo.

Esses conceitos são respeitados e acabam identificando a culinária japonesa (MOTTA, 2006). A ritualização é o ponto marcante das cozinhas orientais: para tudo há uma razão de estar na mesa naquele momento, e cada prato exige procedimentos especiais para sua elaboração. Como exemplo, vale citar a cerimônia do chá (chanoyu), que envolve vestes, louças, utensílios e procedimentos especiais e particularmente lentos, levando a um ritual de calma e paciência.

Dentre todas as cozinhas, o mundo elegeu a francesa como norteadora da gastronomia. A culinária francesa há muitos anos é considerada a melhor cozinha (MACIEL, 2001). É um referencial para a ciência da culinária, uma identidade construída dentro e fora de suas fronteiras, mas vale a pena lembrar que nesse caso não é somente pelo sabor especial que a cozinha francesa dá a seus pratos, mas sim ao conjunto de atitudes que envolvem a culinária francesa.

A idéia de que o prato francês é pequeno na quantidade, fica desmistificado quando somados a uma entrada com pa-

tês, pães, uma variedade de vegetais e uma tábua de queijos como sobremesa. Além disso, é uma cozinha que dedica tempo para o preparo e tempo para fazer a refeição, ou seja, a pessoa tem que, necessariamente, sentar-se à mesa e dedicar-se à comida.

Já a diversidade da cultura alimentar do Oriente Médio é influenciada pela identidade religiosa de seu povo. Podemos notar nitidamente a influência da religião na cultura alimentar do povo do Oriente Médio ao analisar a alimentação dos judeus e dos muçulmanos. A cultura alimentar judaica é influenciada pelas leis da *Cashrut*, que derivam de preceitos bíblicos e tem como objetivo trazer para a alma e o corpo judaico muita santidade e não apenas visando os aspectos sanitários e de higiene. As leis da *Cashrut* são normas de alimentação que envolvem seleção da matéria-prima, abate de animais, higienização, cuidados na manipulação, preparo e consumo de alimentos e uso de determinados utensílios (Associação Israelita de Beneficência Beit Chabad do Brasil, 2001; ENDE, 2006).

De acordo com as leis da alimentação judaica (*Cashrut*), todo alimento apropriado para consumo é considerado *casher*. O termo *casher* é usado para designar as comidas devidamente preparadas para o consumo dos judeus, e também objetos e pessoas. O alimento *casher* é produzido ou preparado de acordo com as especificações da *Cashrut* (TOPEL, 2003).

A *Cashrut* especifica o tipo de carne que pode ou não ser consumida. As carnes para o consumo dos judeus devem ser de animais *casher*, ou seja, que ruminam e possuem cascos fendidos, como por exemplo, vaca, carneiro, cabra e bode, etc., porém animais que só ruminam e não têm o casco fendido (coelho, etc.), ou que só tem o casco fendido e não ruminam (porco, etc.) não podem ser consumidos, pois não são *casher*. As aves consideradas *casher* são as espécies domésticas, como pomba, frango, patos, ganso e peru. Porém, é importante ressaltar que para serem considerados *casher*, além dos requisitos citados acima, tanto o animal quanto a ave devem ser abatidos e examinados de acordo com as normas alimentares da *Torá* e o processamento deve ser realizado com utensílios *casher*. Frangos e carnes pré-embalados devem apresen-

tar um selo de *Cashrut* confiável e inviolável. O certificado da carne pode ser simplesmente *casher*, ou pode ser *Chalak* ou *Glat*, isso significa que existe um rigor a mais na *Cashrut* da carne (ENDE, 2006).

De acordo com as Leis Judaicas é proibido misturar carnes e derivados (salames, sopas, molhos, etc.) com leite e derivados (queijo, manteiga, etc.), ou seja, ser preparados, servidos ou consumidos ao mesmo tempo. Portanto, deve haver separação total entre leite e carne, bem como dos utensílios utilizados para os laticínios, de forma que não possam ser confundidos com os destinados para a carne (TOPEL, 2003; ENDE, 2006). Há aqui um aspecto biológico utilizado para explicar essa restrição, pois a ingestão de alimentos fontes de cálcio na mesma refeição que contém alimentos fontes de ferro não é recomendada, justificada pelo conhecimento que o cálcio inibe a absorção do ferro. O efeito inibitório do cálcio na absorção de ferro pode aumentar o problema da anemia por deficiência de ferro. Porém, esse fato deve ser melhor estudado, para avaliar se a incidência de anemia ferropriva é menor em judeus que seguem as leis alimentares judaica.

A Lei judaica requer que o leite para ser consumido deve ser supervisionado por um *mashguiach* (supervisor judeu), desde o começo da ordenha até o fim do processamento, e é averiguada a procedência do animal, bem como ausência de mistura do leite de um animal *casher* e outro não *casher*. Os derivados do leite também devem ser supervisionados e requerem um certificado de *Cashrut*, para ser considerados *casher* devem atender aos seguintes critérios: o leite utilizado deve ser de animal *casher*, os equipamentos e utensílios utilizados no processamento devem ser *casher*, todos os ingredientes utilizados devem ser *casher* e isentos de derivados de carne. Os queijos merecem atenção especial, pois o coalho, utilizado para a fabricação de queijos possui origem animal. O iogurte também merece atenção, pois às vezes, contém gelatina e a manteiga pode conter aditivos não *casher* (Associação Israelita de Beneficência Beit Chabad do Brasil, 2001).

A cultura alimentar nas Américas está fortemente relacionada às populações que para cá se deslocaram trazendo hábitos, necessidades, variedades de alimentos, temperos, mudança nas preferências, receitas, crenças e tabus. A cozi-

nha brasileira é o resultado das influências portuguesa, negra e indígena, mas devemos considerar que o país possui uma dimensão continental não somente do aspecto geográfico, mas principalmente na sua diversidade cultural implantada pelos imigrantes que aqui se instalaram (italianos, alemães, japoneses, espanhóis, árabes, suíços e outros).

“Melting pot”, essa expressão em inglês, retrata bem o que é a cultura brasileira, uma “mistura” de raças, crenças, costumes e hábitos alimentares diferentes. Não adianta querer que um paulista coma mandioca cozida no café da manhã com manteiga e sal, como faz o nordestino, se ele está acostumado com o pingado, pão e manteiga. Situação semelhante é exigir que o mineiro deixe de comer seu pão de queijo quentinho logo que acorda e substituí-lo por torradas com geléia, como fazem os gaúchos.

Cada região desenvolveu uma cultura alimentar peculiar e característica, mas dois alimentos são a “cara” do Brasil: o arroz e o feijão. São alimentos consumidos em todo o território, mas o que varia é a espécie dos grãos e o modo de preparo. Atualmente, com a mudança do estilo de vida e a necessidade de refeições rápidas em grande parte das regiões metropolitanas brasileiras, se alimentar passou a ser mais um item a ser realizado na agenda, sendo o arroz com feijão facilmente substituído por um cachorro quente, um pastel, uma coxinha, enfim uma “comida de rua”. Comida de rua ou mundialmente conhecido como “street food” são termos destinados a comidas prontas vendidas nas ruas, estando também incluídas nessa denominação as frutas frescas (LATHAM, 1997; WHO, 1996). Pastéis, coxinhas, esfihas, milho verde cozido, cocada, cachorro quente, caldo de cana, sucos, sorvetes, doces, bolos, pipoca, churrasco grego, amendoim, queijo quente, enroladinho, tapioca, acarajé, churros, crepes, e outros tantos são encontrados diariamente nas ruas das metrópoles de nosso país. O desemprego faz com que haja um aumento na venda de comida de rua, pois é um trabalho informal que muitas pessoas encaram como uma oportunidade real de trabalho para o sustento de suas famílias, relatado por Germano *et al.* (2000), e real ainda nos dias de hoje.

As comidas regionais do Brasil possuem uma diversidade nos sabores, influenciadas por fatores ambientais (solo, clima, disposição geográfica, fauna) e pelo tipo de colonização (M.S., 2004). Seguem exemplos da regionalização:

- Região Norte: A mandioca é o alimento típico dessa região, herdada da cultura dos índios nativos. A mandioca nessa região é servida cozida ou como farinha. Ainda se usa seu suco para o preparo do tucupi junto com alfavaca e chicória, prato típico da região. Por ser uma região de grandes rios, o peixe também é muito apreciado e entre os mais consumidos estão o tambaqui, traíra, piranha, pescada, sardinha de rio, tucunaré, pacu e pirarucu. Esse último é também chamado na região pelo nome de bacalhau da Amazônia. Outros pratos típicos: Tacacá (caldo do tucupi com folhas de jambú); Maniçoba (carne de sol, cabeça de porco, mocotó, toucinho, sal, alho, louro, hortelã-pimenta e folhas de mandioca tratada); Açaí com tapioca; Carnes assadas de jacaré e tartarugas. Além de alimentos secos como o camarão, as frutas silvestres (açaí, murici, graviola, cupuaçu, mangaba, pupunha), castanha do pará, guaraná, manga e abacate.
- Região Nordeste: além da influência portuguesa, indígena e negra, recebeu contribuições de holandeses, ingleses e franceses. Podemos dizer que a parte do litoral nordestino que vai do Piauí até o sul da Bahia utilizam como alimentos básicos a farinha de mandioca, o feijão, a carne de sol (influência indígena), a rapadura, o milho, peixes e frutos do mar. Já para a população do sertão temos a carne bovina, caprina, o leite e a manteiga, o feijão, a batata doce, mandioca, alguns legumes e frutas nativas. Pratos típicos: Angu e cuscuz (que podem variar o modo de preparo dependendo do local); abóbora com leite; queijo com rapadura; batata doce com café, doce de leite com banana, polenta com leite; galinha de cabidela (influência portuguesa); acarajé, vatapá, abará, caruru (influência africana).


- Região Centro-Oeste: Por ser uma região banhada por duas bacias hidrográficas (Amazônia e do Prata), é uma região que consome produtos da pesca e da caça (pacu, piranha, dourado, pintado, anta, cotia, paca, capivara, veado e jacaré). Alguns pratos típicos: peixe na telha, peixe com banana, carne com banana, costelinha, bolinhos de arroz, pamonha, feijão tropeiro, carne seca, toucinho e banha de porco. Com a inauguração da capital Brasília essa região começou a receber influência de vários outros estados.
- Região Sudeste: Essa região talvez seja a que mais recebeu influência de outros povos. No Espírito Santo temos uma influência ainda marcante da cultura indígena, como exemplo a moqueca de peixe cozida em panela de barro à base de coentro e urucum. Tem-se ainda o quibebe, torta capixaba (feita de bacalhau), peixes e frutos do mar. O estado de Minas Gerais recebeu forte influência indígena e dos bandeirantes e a comida mineira é fiel até hoje à tradição do feijão, milho e porco. Como pratos típicos, podemos citar: feijão tropeiro, tutu de feijão, torresmo, angu com quiabo, couve à mineira, canjiquinha com carne, curau, pamonha, broa entre outros. São Paulo e Rio de Janeiro são estados que se destacam pelo cosmopolitismo de suas cozinhas. Isso se dá não só pela forte influência da colonização, mas também pelo número de visitantes que recebem de todas as regiões do país. É difícil eleger um prato típico para esses estados. Em São Paulo a influência mais marcante é a italiana com a pizza, lasanha, macarrão, nhoque, canelone e pães. No Rio de Janeiro predomina a influência portuguesa devido à instalação da corte de Portugal. Espanhóis, árabes e japoneses também deixaram suas marcas com a paelha, quibes, esfihas, grão de bico, gergelim, sushi e sashimi.

- Região Sul: foi a que mais recebeu influência dos imigrantes europeus (italianos, alemães, poloneses, ucranianos), atraídos pelo clima e ser uma região agrícola. Exemplos típicos são observados a partir da influência culinária dos poloneses com o repolho à moda, pão de leite e sopas; italianos com as uvas, vinho, pães, queijos, salames, massas em geral e sorvetes; alemães com a batata, centeio, carnes defumadas, cerveja, lingüiça e laticínios, hábito do café colonial, cuca, torta de maça, bolo de frutas. Em Santa Catarina existe ainda o hábito de consumir peixes, entre eles a tainha e os frutos do mar, e no Rio Grande o consumo de arroz com charque (arroz de carreteiro) e o famoso churrasco gaúcho.

Referências

- ASSOCIAÇÃO ISRAELITA DE BENEFICÊNCIA BEIT CHABAD DO BRASIL, 2001. Disponível em: <<http://www.chabad.org.br>>. Acesso em: 19 de jan. 2009.
- DaMATTA, Roberto. Sobre o simbolismo da comida no Brasil. *Correio da Unesco*, ano 15, n. 7, julho. 1987
- _____. 1986. *O que faz o Brasil, Brasil?*. Rio de Janeiro, Rocco.
- ENDE, S. *Cashrut e Shabat na cozinha judaica: leis e costumes*. 3ª ed. Editora Chabad. 2006. Disponível em: <www.chabad.org.br/mitsvot/cashrut/livro_cashrut/Cashrut_Shabat.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2009.
- FRANCO, A. *De caçador a gourmet: uma história da gastronomia*. São Paulo: Senac, 2001.
- GARCIA, R.W.D. Dieta Mediterrânea: inconsistências ao se precocizar modelos de dieta. *Cadernos de Debate*, Campinas, Vol. VIII, 28-36, 2001
- GERMANO, M.I.S. et al. Comida de rua: Prós e contras. *Higiene Alimentar*. São Paulo, v. 14, n. 77, p. 27-33, out. 2000.
- LATHAM, M.C. *Street Foods*. In: FAO. Food And Nutrition Series: Human Nutrition In The Developing World, 29. FAO, Rome, 1997. Disponível em: www.fao.org/docrep/w0073e/w0073e07.htm.

- MACIEL, M.E. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarin?. *Horizontes Antropológicos*.- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v.7, n. 16, p. 145-156, dez. 2001.
- MACIEL, M.E.. Uma cozinha à brasileira. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, 33: 1-16, 2004
- M. S. Ministério da Saúde. *Cultura Alimentar*. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Política de Saúde do Ministério da Saúde. 2004. Disponível em:
- http://nutricao.saude.gov.br/documentos/alimentacao_cultura.pdf
Acesso: 15/02/2009
- MOTTA, A.C.S.; SILVESTRE, D.M.S.; BROTHERHOOD, R.M. Gastronomia e culinária japonesa: das tradições às proposições atuais (inclusivas). *Revista de Ciências Humanas e Sociais Aplicadas* – Cesumar, Maringá, v.11, n. 1, p. 41-57, jan./jun. 2006.
- REINHARDT, J.C. *Dize-me o que comes e te direi quem és: alemães, comida e identidade*. 2007. 204f. Dissertação (Doutorado em História) – Faculdade de Ciências, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007. Disponível em: <http://dspace.c3sl.ufpr.br:8080/dspace/handle/1884/15966>
- TOPEL, M. F. As leis dietéticas judaicas: um prato cheio para a antropologia. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 9, n. 19, p. 203-222, julh. 2003.
- WHO. Division of Food and Nutrition. Food Safety Unit. *Essential Safety Requirements for Street-Vended Foods*. (Revised Edition). 1996. Disponível em: <http://www.who.int/fsf/96-7.pdf>



Capítulo 15

Trabalho de Jovens: um Árduo Caminho para a Superação da Pobreza?



MARIA INÊS MONTEIRO

PROFESSORA ASSOCIADA – DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
FCM – UNICAMP

ELIANE PINTO GÓES

MESTRE EM ENFERMAGEM – UNICAMP

Reflexão sobre o trabalho de jovens com o objetivo de discutir sua inserção no trabalho, a partir de estudo transversal descritivo realizado em indústria de processamento de aves, no interior do Estado do Paraná, através de dados sociodemográficos, saúde e trabalho, com amostra composta por 554 jovens, com idade entre 16 e 24 anos.

A maioria era do sexo masculino (55,6%), com renda inferior a dois salários mínimos/mês (96,7%), incluindo hora extra (81,4%); com ensino fundamental completo/ensino médio incompleto (54,9%), embora 30,1% tivessem ensino fundamental incompleto e somente 15,5% continuassem estudando; 35,2% tinham pelo menos uma doença com diagnóstico médico; 41% relataram queixa de dor na última semana e 21,5% utilizavam medicamento. Devem ser garantidas aos trabalhadores em geral, e aos jovens em particular, condições adequadas de trabalho, continuidade na educação formal e educação continuada e acesso à alimentação, visando preservar sua integridade.

Introdução

Os jovens representam um desafio para os países, em diferentes estágios de desenvolvimento, em relação a proporcionar acesso à educação, condições dignas de vida e acesso à cultura, entre outros, e, simultaneamente, balizam as perspectivas de desenvolvimento da sociedade/país. Por outro lado, o impacto da transformação econômica, das mudanças sociais, do processo de globalização, acentuado nas últimas décadas, em grande medida, afeta esta parcela da população, nos diferentes países.

A Organização Internacional do Trabalho (2005) estimou que os jovens tivessem de duas a três vezes mais chances de ficar desempregados do que os adultos. Na Europa, a Agência Européia para a Saúde e Segurança no Trabalho (2006) estava desenvolvendo, em 2006, uma campanha de conscientização dos indivíduos e/ou instituições envolvidos no mundo do trabalho – jovens, empregadores, supervisores e pais – visando esclarecer os direitos e responsabilidades pertinentes ao trabalho, ressaltando que as conseqüências de um acidente ou dano podem permanecer por toda a vida.

Em relação às “Metas do Milênio”, proposta que envolve a parceria entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, na luta pela diminuição da pobreza, doença e melhores condições de vida no mundo, cuja meta deverá ser atingida em 2015, destacamos a primeira meta – erradicar a extrema pobreza e a fome; e um item da oitava meta: “desenvolver e implementar estratégias para trabalho decente e produtivo para jovens” (UNITED..., 2003).

Diversos autores discutem a problemática do trabalho de jovens e adolescentes no Brasil e as implicações relativas à saúde, desenvolvimento e futuro (OLIVEIRA, ROBAZZI, 2001; CARDOSO, MONTEIRO-COCCO, 2003; GALASSO, FISCHER, 2005). O acesso à alimentação é fundamental para garantir o desenvolvimento físico e mental dos jovens. Em geral, nessa faixa etária ela está disponível para os estudantes de escolas públicas gratuitamente e na empresa em que trabalham, garantindo, ao menos legalmente, alimentação balanceada.

Outro ponto a ser destacado é a formação permanente dos jovens, pois, embora desde a Constituição de 1988 exista a obrigatoriedade da escolaridade mínima de oito anos, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2004), apontam uma média de anos inferior, sendo sete anos para as mulheres maiores de 18 anos e, 6,7 anos de escolaridade para os homens, na mesma faixa etária (IBGE, 2005).

O trabalho em linha de produção e a divisão de tarefas são características do processo de trabalho em indústrias de processamento de aves (LIPSCOMB, EPLING, POMPEII, 2007). Pesquisas internacionais apontam problemas relativos ao trabalho em indústrias de processamento de aves, com destaque para os problemas músculo-esqueléticos (CHERRY, MEYER, CHEN, 2001) e as doenças respiratórias (EUROPEAN..., 2003). Em pesquisa realizada por Lipscomb, Epling, Pompeii (2007) nos EUA, entre mulheres negras, em empresa de processamento de aves, que era a maior empregadora na região para trabalhadoras, foi relatada a prevalência de sintomas músculo-esqueléticos de extremidades superiores 2,4 vezes maior entre trabalhadores de indústria de processamento de aves, quando comparados a trabalhadores de outros ramos produtivos.

O aumento significativo da indústria frigorífica no Brasil absorve grande contingente de trabalhadores, expostos a baixos gradientes de temperaturas, aliado à monotonia e repetitividade (ESTEVES, 2003). Este estudo teve por objetivo discutir a inserção de jovens no trabalho, através da análise de dados sociodemográficos, saúde e trabalho.

Método

Reflexão sobre o trabalho de jovens a partir de dados empíricos coletados em estudo epidemiológico transversal descritivo realizado em empresa de processamento de frangos de grande porte, no interior do Estado do Paraná, com amostra composta por 554 trabalhadores com menos de 25 anos de idade.

A empresa está localizada em município de pequeno porte, no Estado do Paraná, e é a maior empregadora de mão-de-obra na região, contando também com trabalhadores de outras cida-

des da região. Na região, as possibilidades de trabalho estão, em geral, relacionadas à agricultura ou ao trabalho na empresa.

Foi utilizado um questionário com dados sociodemográficos, estilo de vida, trabalho e aspectos de saúde e riscos ocupacionais, elaborado por Monteiro (2005) para coleta de dados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

O banco de dados foi elaborado no Programa Excel® e para a análise e testes estatísticos foi utilizado o Programa SAS® – Statistical Analysis System, versão 9.1.

Resultados e Discussão

A amostra foi composta por 554 jovens, com idade entre 16 e 24 anos. A maioria era do sexo masculino (55,6%); com ensino fundamental completo/ensino médio incompleto (54,9%); ou ensino fundamental incompleto (30,1%) e somente 15,5% continuavam estudando.

Embora fossem jovens, aproximadamente um terço (31,4%) já era casado(a) ou vivia com companheira(o). Uma possível explicação é o fato de que constituir família faz parte dos planos desses jovens em relação ao seu futuro, talvez até mesmo por falta de outras opções.

Deve ser destacado que 23,3% começaram a trabalhar antes dos 14 anos de idade, embora 42,9% tenham iniciado com 18 anos ou mais; 96,7% dos jovens tinham renda inferior a dois salários mínimos/mês, incluindo hora extra (81,4%).

Em relação ao estilo de vida, 12,1% eram tabagistas e 30,7% referiram ingerir bebidas alcoólicas. O Índice de Massa Corpórea – IMC da maioria dos jovens estava entre os valores considerados normais, entre 18,5 e 24,99 kg/m², de modo diverso ao encontrado em outras pesquisas realizadas no Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho – UNICAMP, coordenado pela Profa. Dra. Maria Inês Monteiro, com dados de trabalhadores de algumas empresas de diferentes ramos produtivos, do Estado de São Paulo, Paraná e Minas Gerais.

Quanto aos aspectos de saúde, 35,2% dos entrevistados tinham pelo menos uma doença com diagnóstico médico, sendo as mais frequentes: lesão por acidente, doenças músculo-esqueléticas e doenças respiratórias. Queixas de dor na última semana foram frequentes entre os jovens trabalhadores (41%), assim como o uso de medicamentos (21,5%).

O trabalho de jovens, mesmo no emprego formal, pode expô-los a riscos e perigos, que podem afetar sua saúde. Embora a escolaridade dos sujeitos estudados fosse ligeiramente acima da média brasileira (IBGE, 2005), isso não tem garantido, em geral, emprego e remuneração adequada.

A empresa estudada era a maior empregadora formal da região, e uma das maiores empresas do ramo no país. Porém, o processo de trabalho em indústria de processamentos de frangos pode gerar desgaste dos trabalhadores, pelas atividades repetitivas, longo tempo em pé ou em posição cansativa, temperatura a que estão expostos, como relataram Lipscomb, Epling, Pompeii (2007).

Deve ser destacado ainda o início precoce no mercado de trabalho: antes dos 14 anos de idade para 23,3% dos jovens, o que pode interferir na continuidade dos estudos ou no seu desenvolvimento, além do relato de período de desemprego por parte dos jovens estudados (57,4%). Se o jovem não consegue completar ao menos o ensino médio, antes de entrar no mercado de trabalho, dependendo do local em que irá trabalhar, terá dificuldades para fazê-lo, pois as jornadas de trabalho são longas – 44 horas/semana no Brasil, e, muitas vezes, com a realização de hora extra, como ocorreu nesta pesquisa, na qual 81,4% dos jovens faziam pelo menos uma hora extra/dia, o que adicionado, ao tempo de deslocamento até o trabalho implica em longas jornadas, o que pode resultar em tempo reduzido e dificultar, entre outros, o acesso à continuidade dos estudos.

Um contingente elevado de jovens (40,4%) relatou viver em moradia de alvenaria incompleta/inacabada, o que pode indicar condições econômicas desfavoráveis, aliadas ao salário recebido (até dois salários mínimos), sendo que muitas vezes esse valor era fundamental na composição da renda familiar.

Outro aspecto a ser destacado é a presença de doenças com diagnóstico médico entre os jovens, assim como o uso de

medicamentos e a presença de dor na última semana podem estar relacionados ao trabalho executado, tendo em vista que há vários riscos inerentes ao processo de trabalho em indústrias de processamento de aves (CHERRY, MEYER, CHEN, 2001). Isso pode comprometer a saúde dos jovens e restringir suas possibilidades de desenvolvimento futuro.

Considerações Finais

O enfrentamento da pobreza, especificamente em relação aos jovens, está relacionado à educação formal – aprender novos conhecimentos e ter ferramentas que possibilitem a leitura do mundo – e inserção no mundo do trabalho de forma segura e justa. A alimentação saudável e balanceada é um aspecto fundamental a ser garantido aos jovens, tanto no trabalho, quanto na escola.

No local de trabalho os trabalhadores deveriam, obrigatoriamente, ter acesso a informações relativas ao processo de trabalho, a organização do trabalho, aos riscos e perigos a que estão expostos; além de informações sobre as formas mais apropriadas de desenvolvimento das atividades cotidianas no trabalho, de modo a se apropriarem do conhecimento referente ao seu trabalho.

Ao tornar-se protagonista, o jovem tem a possibilidade de exercer com liberdade, iniciativa e compromisso sua cidadania, participando da possibilidade de construção de um futuro diverso para a sociedade e o país.

Agradecimentos

Ao CNPq pelo suporte parcial por meio de bolsa de produtividade em pesquisa e edital Universal.

Parte do texto foi baseada na dissertação de Mestrado da segunda autora.

Referências

- CARDOSO C. P.; MONTEIRO-COCCO M. I. Projeto de vida de um grupo de adolescentes à luz de Paulo Freire. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 11, n. 6, p. 778-85, 2003.
- CHERRY, N. M.; MEYER, J. D; CHEN, Y. *et al.* The reported incidence of work-related musculoskeletal disease in UK: MOSS 1997-2000. *Occup Med*, v. 51, n. 7, p. 450-451, 2001.
- ESTEVES, M. J. L. *Implicações fisiológicas em trabalhadores expostos a ambientes frios na produção industrial dos abatedouros*. [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
- EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. *Your rights to safe and healthy work*. Advice for young people. Acesso em 03 mar 2006. Disponível em: <http://ew2006.osha.eu.int>.
- EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. *Respiratory sensitizers*. Facts, 39, 2003. Acesso em 27 fev 2004. Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets>.
- GALASSO, L.; FISCHER, F. M. *Trabalho dos adolescentes, problemas e caminhos para uma vida melhor*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Saúde Ambiental, 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS. *Síntese de indicadores 2004*. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
- LIPSCOMB, H. J.; EPLING, C. A.; POMPEII, L. A. *et al.* Musculoskeletal symptoms among poultry processing workers and a community comparison group: black women in low-wage jobs in the rural south. *Am J Ind Medicine*, 50, (5): 327-338. 2007. Acesso em 03 abr 2007. Disponível em: <http://www.interscience.wiley.com>.
- MONTEIRO, M. I. *Instrumento para coleta de dados sociodemográficos, aspectos de saúde, trabalho e estilo de vida*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho, 1996, atualizado em 2005.
- OLIVEIRA, B. R. G.; ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho na vida dos adolescentes: alguns fatores determinantes para o trabalho precoce. *Rev Latino-americana Enfermagem*, v. 19, n. 3, p. 83-9, 2001.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. OIT. *Erradicação do trabalho infantil*. Acesso em 14 abr 2005. Disponível em: http://www.oitbrasil.org.br/prgatv/in_focus/ipec/errad_trabin.php.
- UNITED NATIONS. *The Millennium Development Goals Report 2006*. New York: United Nations; 2006.

Apontamentos Preliminares para uma História da Filosofia da Comida



CLAUDIA DRUCKER

DEPARTAMENTO DE FILOSOFIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

O assunto proposto é cultura alimentar – não o alimento, puro e simples, mas o modo como nos relacionamos com ele. O que a filosofia pode ter a dizer sobre ele? As observações abaixo são escritas por uma não-especialista para a leitura de não-especialistas, com o único propósito de assinalar três âmbitos principais a que o tema da comida aparece ligado na história da filosofia: 1. comida e relação ética consigo mesmo, 2. comida e virtudes do paladar (ou a inexistência delas), 3. comida e repressão social. Dado o caráter introdutório e panorâmico das afirmações abaixo, citações textuais não serão muito úteis ou até possíveis, em alguns casos.

No começo, no séc. VI a. C. com os pitagóricos, na Sicília, temos um primeiro esboço de tratamento filosófico do tema. Pitágoras de Samos é considerado um dos primeiros filósofos, e não apenas um dos primeiros matemáticos, por considerar o número o verdadeiro substrato da realidade. Todas as coisas visíveis copiam um número ou uma relação numérica. Mas a doutrina pitagórica é marcada também pela crença na transmigração das almas, documentada na anedota transmitida

por Xenófanés e Diógenes Laércio: “[Pitágoras] ia a passar quando um cachorrinho estava a ser açoitado, e ele encheu-se de pena e disse: ‘Parem, não lhe batam, pois é a alma de um amigo que reconheci ao ouvi-lo ladrar’” (*apud* Kirk e Raven 1982, p. 224). Porfírio, outro grande defensor do vegetarianismo na Antiguidade, escreveu uma *Vida de Pitágoras* na qual registra um testemunho proveniente de Dicearco, discípulo de Aristóteles, segundo o qual, para Pitágoras, todos os seres vivos são aparentados. Assim, há somente registros tardios de que os pitagóricos teriam concluído que comer animais poderia levar alguém a comer ou um amigo ou parente reencarnado assim.

O vegetarianismo por motivos religiosos poderia, assim, ser considerado a primeira doutrina filosófica da alimentação. Se é verdade que foi praticado entre os adeptos, não foi muito influente depois. Poder-se-ia dizer que a filosofia da comida surge quando a filosofia “em sentido próprio” começa, com Sócrates. Platão se refere ao pitagorismo como um modo de vida honrado, mas não uma filosofia. Por um lado, poderia até ser dito que Platão tem uma grande dívida com o pitagorismo, já que Platão também diz que as coisas visíveis “participam” das formas invisíveis que lhes servem de medida e limite.

Por outro lado, pelo menos no que diz respeito à alimentação, a posição de Platão é original. Tendo Sócrates por “professor”, Platão se interessou por assuntos humanos. Ao contrário dos pitagóricos, para quem o certo para o homem é simplesmente obedecer à ordem universal e tentar inserir-se imediatamente dentro dela, Sócrates levou a sério o lema délfico “conhece-te e ti mesmo”. Conhecer-se, aqui, não é conhecer o universo e, só por tabela, a alma humana. O homem deve escolher suas ações, porque usou sua razão para concluir que a justiça é um bem por si mesma, e que ser justo é o melhor estado para a alma. Ser justo é ser racional; é exercitar a parte da alma que deve comandar, ao invés de ser comandada.

O tema da alimentação e da relação que devemos ter com ele retorna nesse novo quadro de preocupações. A comida foi entendida pelos filósofos gregos antigos como uma necessidade aborrecida ou como uma tentação. No segundo caso, é entendida como uma fonte de prazer que exige alguma re-

ação: ou de recusa pura e simples ou de elaboração interna. A cultura da alimentação é tributária de uma relação ética do homem consigo mesmo. Sobre a relação que devemos ter com os desejos é que os filósofos gregos antigos falam – o discurso sobre a alimentação está simplesmente abarcado, de antemão, sob esse tema geral.

No *Fédon* de Platão, por exemplo, o corpo é visto ou como uma origem de incômodos permanentes, dadas as suas necessidades nunca totalmente satisfeitas (66 b), ou então como a origem de todas as guerras, já que as guerras nascem da ambição descontrolada (66 c, Platão 1989, p. 49). A relação que se deve ter com a comida é uma que minimize o seu potencial de desviar o filósofo do cuidado realmente importante – o cuidado da alma e não do corpo. Ou, então, a relação pode ser um pouco mais difícil, e consiste em convocar a mente a exercer o papel de disciplinadora dos apetites e das paixões. Em Platão temos sempre uma descrição vívida de um conflito entre o desejo e a mente nunca totalmente apaziguado.

No rastro do ensinamento de Sócrates, as escolas éticas posteriores tiraram conclusões diferentes sobre o ensinamento do mestre, já que o seu ensinamento não foi tão nítido assim (lembramos que o desenvolvimento da prática socrática dado por Platão pode ou não corresponder ao ensinamento do Sócrates histórico, que não deixou nada escrito). O pensamento helenístico em grande parte partilha o ideal da apatia, entendida como ausência de afecções, também inspirado na sobriedade e resistência lendárias de Sócrates. Em Pirro, é condição para que a mente busque a verdade, sopesando argumento pró e contra antes de emitir um juízo – mas torna-se um ideal prático também. Já com Boécio, Sêneca e Marco Aurélio, a filosofia romana se caracteriza em grande parte pela busca incessante da libertação das paixões. Mas também houve quem defendesse o cultivo das paixões para que não sejam inimigas da mente, e sim parceiras dela. Nem sempre a herança socrática e platônica levou à conclusão estoica.

Em Aristóteles, temos a reafirmação de que a vida humana deve ser guiada pela razão, o que, no seu caso, não significa excluir os sentimentos e paixões. Para Aristóteles, tanto a excelência prática quanto a falta dela são disposições

da alma, fixadas pelo hábito, isto é, por um longo processo que começa na infância. O homem que delibera de maneira excelente também é aquele que sente como se deve sentir: suas paixões estão em conformidade com o certo e o justo. O cultivo dos sentimentos e da capacidade racional de deliberar só podem caminhar juntos, reforçando-se mutuamente. A prática racional inclui a busca do bem deliberar, e portanto do agir bem, mas também a do *sentir* de maneira virtuosa.

O grande teste da excelência prática não se encontra à mesa, mas na assembléia política. A *pólis* é onde a excelência na deliberação realmente brilha. Ainda assim, a doutrina aristotélica sobre como devemos tratar a “parte desiderativa” da alma é bem ilustrativa da união feliz entre os afetos e a razão que também se exige do líder político e moral. Em todos os casos de excelência prática, a deliberação não é nem guiada pelos sentimentos, nem é independente deles. Aristóteles, portanto, não prega a apatia, ou supressão das afecções, mas a *metropatia*, geralmente traduzida como “moderação das paixões”. É uma noção que não se encontra, literalmente, na *Ética a Nicômaco*, e representa o esforço dos epígonos para traduzir a doutrina da “justa medida” (*hó méso*s) dos atos e dos sentimentos que de fato se encontra lá (Aristóteles 1985, *passim*). A *metropatia* não deve ser entendida como uma forma amenizada da apatia, mas como uma alusão ao metro ou medida das emoções em si mesmas. De outro modo, Aristóteles seria apenas um estóico disfarçado.

Assim, é possível um “apetite virtuoso”, que é basicamente um apetite sob controle, ainda que não um controle penoso, pois reflete a consciência de alguém que sabe *por que* deve se controlar. Saber a finalidade da renúncia a ceder a todos os impulsos (que é a nobreza do caráter) nos impede de sentirmo-nos da forma inadequada (excessivamente frustrados e infelizes por ter renunciado). Essa é uma das implicações da doutrina da justa medida no que diz respeito aos apetites por comida e outros prazeres físicos. Uma outra é que a pessoa incapaz de sentir prazer tampouco é excelente, pois se compraz “menos do que deveria com os prazeres do corpo e não segue a razão”, já que seus atos não nascem de uma prática refletida, mas da pura falta de interesse (1151b 24-25, Aristóteles 1985, p. 144). Seu apetite acaba sendo parecido, à primeira vista, com o do homem virtuoso, mas pelas

razões erradas. De fato, o desinteresse excessivo pelo que é prazeroso e excesso de frugalidade tornam os sentidos embotados. Quem nunca se concede um prazer se embrutece, pois não desenvolve a capacidade de diferenciar entre uma coisa e outra, de refinar o seu poder de percepção e sua habilidade de conviver socialmente.

Pode-se dizer que, durante séculos, as respostas dos filósofos foram variações da teoria estoíca ou da aristotélica. Tome-se como exemplo aquele que é talvez o maior filósofo que a Idade Moderna produziu: Immanuel Kant. Poderia ser sugerido que ele foi inicialmente um estoíco, tentando depois uma posição distinta. Segundo a doutrina desenvolvida na *Crítica da razão pura*, de 1787, o corpo é parte integral da natureza. Sentimentos, emoções, dores, prazeres são coisas muito diferentes de volições. A vontade é uma faculdade só do homem e é livre para querer ou não querer, e para querer o que quiser. Mas o corpo não é livre para sentir ou não sentir, ou para sentir desta maneira de preferência àquela. Ele é escravo de processos causais: suas necessidades são necessidades naturais. Sente quando é estimulado de certa forma, e não poderia fazer nada além disso. A minha vida afetiva, desse ponto de vista, é tão cheia de matizes quanto a de um gato ou um cavalo (gatos e cavalos não têm vontade).

A escolha, em relação à comida, parece ser ou deixar a natureza agir – e a natureza, para o homem, é seguir a inclinação ou desejo –, ou buscar uma conduta racional conforme a mente descobre qual o seu dever e age conforme esse dever, indiferente ao fato de cumprir o dever ser penoso ou agradável. A filosofia prática kantiana é geralmente compreendida, e com boas razões, como uma que sustenta a adesão cega ao dever, por mais doloroso que isto seja. No caso da alimentação, o desejo de gratificação nunca é um bom conselheiro, e deve calar quando se trata de decidir o que é bom para nós. Em caso de conflito entre o prazeroso e o bom, devemos simplesmente conviver com o conflito da melhor maneira que pudermos, cumprindo com o nosso dever.

A filosofia tardia de Kant, aquela escrita depois de terminada a redação do sistema crítico, já mostra sinais de que o filósofo desconfiou que as coisas não precisavam ser assim. O

cultivo das paixões seria muito preferível à sua escravização pura e simples em nome do dever. O cultivo das paixões talvez abra dimensões diferentes e necessárias da vida humana. O primeiro sinal de que nossos sentimentos não são iguais aos felinos e eqüinos é que os homens são capazes de desenvolver o gosto estético, isto é, a capacidade de reconhecer o belo. A beleza para Kant é algo que não podemos definir, mas sabemos quando estamos diante dela, porque sentimos algo muito peculiar. Ou pelo menos podemos vir a sentir o belo, através do cultivo do gosto em sociedade. O refinamento do gosto na verdade é a sua libertação do mutismo e do preconceito mediante a convivência social (e não no isolamento).

Uma pessoa de gosto não será necessariamente mais inteligente, nem mais moral, mas pelo menos terá se preparado para ser. Assim, pelo menos alguns sentimentos têm a função de nos preparar para o exercício das faculdades racionais. O cultivo do gosto, que não é uma pura capacidade para o prazer, mas um “estilo” cultivado dessa capacidade, facilita o cultivo da racionalidade. E a comida? O paladar é cultivar o gosto? O alimento, ou um certo tipo de alimentação, poderia nos ajudar a ter sentimentos melhores ou a pensarmos com mais clareza? Cultivar, conversar e refletir sobre o que comemos teria algum efeito benéfico sobre a mente, ainda que indireto? Não parece existir uma *forma superior do paladar* que seja matéria de reflexão filosófica, assim como existe uma forma superior do prazer no belo.

O prazer puramente sensorial é uma experiência privada (que não pode ser compartilhada) e totalmente idiossincrática. Se alguém prefere os instrumentos de sopro aos de corda, se aprecia o vinho das Ilhas Canárias, se prefere cores suaves às vibrantes, deve ser deixado em paz. Não deve nem impor suas preferências sobre outros nem desistir delas. Assim é com a comida: cada um gosta do que gosta, e não faz sentido discutir preferências pessoais (a menos, é claro, que haja questões morais envolvidas, como p. ex. no caso do canibalismo). Já em relação ao belo, tudo muda. Esperamos das pessoas de gosto que concordem sobre o que é belo e não é. O cultivo do paladar atende ao desejo de gratificação; o cultivo do gosto (faculdade do juízo sobre o belo) atende a necessidades mais elevadas: da comunicação, da unanimidade e, em

última instância, da realização da vocação moral do homem.

Assim, o pensamento tardio de Kant aponta no sentido de reabilitar os aspectos afetivos do homem, mas só os superiores. Os prazeres “inferiores” da comida e da bebida não são plenamente reabilitados. Eles podem quando muito constituir o cenário para que uma forma superior de prazer seja possível. Kant faz o elogio da festa, tal como era entendida no séc. XVIII, como cenário para a discussão sobre o belo. Contudo, a autoridade última e legítima em termos de alimentação é a “dietética” (*Diätetik*), como se afirma na terceira seção de *O conflito das faculdades* (Kant 1979, pp. 176-177, tradução modificada). A dietética se ocupa ao mesmo tempo do que é bom, em termos médicos, e do que é moralmente correto; por isso, não é filosofia prática em sentido estrito mas uma “arte” curativa (*Heilkunde*, 1979, pp. 176-177). Assim, o especialista em dietética diz aos homens o que devem comer e o filósofo ensina ao homem comum que ele não deve se submeter à autoridade médica senão mediante um exercício livre da sua própria razão. Mas o *gourmet* não tem muito a ensinar ao especialista em dietética, nem ao homem enquanto ser potencialmente livre e moral.

Nenhuma abordagem panorâmica estaria completa sem pelo menos uma simples menção às escolas que seguiram a lição de Nietzsche: a saber, que a cultura é sinônimo de repressão aos corpos. Todo cultivo do corpo é uma forma sutil ou aberta de domesticação: eis a premissa que encontramos na “genealogia” em Michel Foucault (*passim*) e na “crítica da razão dietética” de Michel Onfray (Onfray, 1990). O paradoxo é que, embora estes autores sejam geralmente críticos da ciência e da objetividade do saber científico, acabam por fazer sempre uma referência última ao que os corpos seriam ou desejariam ser “antes” de ter sido moldados pela civilização. Quem fala em repressão fala em algo reprimido, ou seja, que já existe, com suas características peculiares, o que não só exige a pergunta pelo modo de acesso a este reprimido pré-histórico como torna difícil explicar as suas diferentes expressões. A hipótese repressiva não parece explicar a imensa variedade das culinárias, dos corpos humanos nas suas diversas configurações – do rechonchudo ao “sarado” – e dos apetites – do guloso ao disciplinado.

Esse retrospecto bastante esquemático da história da filosofia, portanto, não autoriza grandes esperanças de uma futura filosofia da comida. A situação vivida pela cultura contemporânea é uma de dispersão e multiplicidade dos discursos sobre a comida, mas o filosófico não é um deles. As ciências da nutrição têm hoje a primazia quando se trata de responder à pergunta sobre o que e como devemos nos alimentar. Se algum dia a filosofia foi a mestra da vida, seguramente esse não é o caso hoje. Aliás, a própria fragmentação dos discursos e a predominância do discurso da ciência é que se configura em matéria de espanto e assunto para a reflexão filosófica. O filósofo vive hoje uma constante necessidade de autojustificação e, assim como o não-filósofo, não parece ter um discurso autorizado que possa se contrapor ao da autoridade em nutrição (e fazer, por exemplo, uma defesa fundamentada do paladar). Existem hoje vertentes da ética aplicada que resultam na defesa do veganismo, ao sustentar que os animais têm do direito a não sofrer com o seu cultivo industrial. Mas tenho dificuldade para considerar a luta pelos direitos dos animais como uma filosofia da comida em sentido estrito.

Salvo engano, só me ocorre uma única palavra incondicionalmente positiva, dentro da história da filosofia, sobre a comida. É a palavra de Heráclito de Éfeso, no séc. VI a. C., sobre o seu forno: “aqui também os deuses estão presentes”. De fato, Aristóteles conta uma anedota, que Heidegger tornou famosa, sobre o exílio auto-imposto do pensador de Éfeso (Heidegger 1976 [1946], p. 355). Sabe-se que o pensador deixou sua cidade natal, e Aristóteles conta que visitantes ficaram surpresos ao encontrar o filósofo se aquecendo junto ao forno, onde talvez estivesse assando um pão (645 a 17). Aos visitantes, decepcionados com a simplicidade em que vivia, Heráclito responde mostrando o local em que o alimento é tocado pela luz. Os deuses do forno se comunicam também ao alimento. O que significa dizer que os deuses também estão no pão? É uma pergunta apenas proposta à reflexão, aqui. Talvez signifique que o grandioso nem sempre se mostra à primeira vista, mas poderia estar presente no simples ato de cozinhar. Ainda temos de aprender como o ritual de preparar a comida é um daqueles por meio das quais os homens e os deuses se dedicam uns aos outros.

Referências

- ARISTÓTELES 1985. *Ética a Nicômaco*. Trad. Mário da Gama Kury. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- HEIDEGGER, Martin 1976 [1946]. Brief über den Humanismus. In: *Wegmarken*. Francoforte do Meno: Klostermann.
- KANT, Immanuel 1979 [1798]. *The Conflict of the Faculties/Der Streit der Fakultäten*. Trad. Mary J. Gregor. Lincoln: University of Nebraska.
- KIRK e RAVEN 1982. *Os filósofos pré-socráticos*. Trad. Carlos Alberto de Louro Fonseca *et alii*. Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- ONFRAY, Michel 1990. *O ventre dos filósofos: crítica da razão dietética*. Tradução Ana Maria Scherer. Rio de Janeiro: Rocco.
- PLATÃO 1989. *The Collected Dialogues*. Trad. Hamilton and Cairns. Princeton: University Press.

Estudo do Conceito e Percepção de Segurança Alimentar e Nutricional entre os Guarani no Estado de São Paulo



MARTA MARIA AZEVEDO

PESQUISADORA DO NEPO/UNICAMP

ANA MARIA SEGALL CORRÊA

PROFESSORA DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA
PREVENTIVA E SOCIAL DA FCM/UNICAMP

MARIA BEATRIZ ROCHA FERREIRA

PROFESSORA COLABORADORA DA FEF/UNICAMP

A proposta de *desenvolvimento de instrumento de avaliação da Insegurança Alimentar. entre povos indígenas no Brasil*, inicialmente estudando algumas aldeias Guarani em SP, baseia-se no sucesso da experiência anterior do grupo de pesquisadores (Segall-Corrêa et al, 2003) e na absoluta necessidade, já expressa em documentos oficiais, de conhecer a situação de Insegurança Alimentar e fome vivida pelos povos indígenas no Brasil. Desta forma, a medida direta da insegurança alimentar entre os indígenas, seus determinantes e suas conseqüências constitui um desafio que precisa ser enfrentado. Seu desenvolvimento permitirá o aprimoramento de métodos e instrumentos de pesquisa que possibilitarão a abordagem do problema em outros povos/etnias do país, subsidiando, conseqüentemente, os gestores públicos em seu esforço de formular políticas e ações

voltadas para a melhoria das condições de vida e saúde dos povos indígenas brasileiros.

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é entendida no Brasil como “a realização do direito humano a uma alimentação saudável, acessível, de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, respeitando as diversidades culturais e sendo sustentável do ponto de vista socioeconômico e agroecológico” (CONSEA, 2004). A Insegurança Alimentar (I.A.) é a negação daquele direito e pode-se apresentar em diferentes níveis, sendo a desnutrição uma conseqüência de seus níveis mais avançados. A desnutrição limita o potencial dos indivíduos. Dependendo de sua intensidade, pode comprometer de maneira irreversível o desenvolvimento mental, físico e social (ZÚÑIGA et alli, 2003). Ela ainda persiste em algumas regiões do país, especialmente no nordeste rural e atinge mais, entre os adultos, as mulheres jovens. (MONTEIRO, 2000).

Informações sobre problemas nutricionais de populações específicas, como quilombolas, indígenas, assentados, acampados, catadores de lixo e moradores de rua, são pontuais e descontínuas ou ainda, não desagregadas segundo essas etnias ou grupos (CAPELLI e KOIFMAN, 2001; COIMBRA JR e SANTOS, 2001; FUNASA, 2005). Alguns estudos específicos indicam serem essas as populações mais vitimadas pelas desigualdades sociais observadas no Brasil e, entre elas, deve-se destacar a situação dos povos indígenas em que a desnutrição chega a atingir 55% das crianças.

ESCOBAR, SANTOS E COIMBRA JR. (2003) apontam para elevadas frequências de desnutrição crônica em crianças indígenas Pakaanóva (Wari') em Rondônia, muito superiores às médias para a população brasileira. Ainda afirmam que a realização de um maior número de investigações sobre as condições nutricionais dos povos indígenas, bem como a incorporação e consolidação de rotinas de avaliação no âmbito dos serviços, precisam ser estimuladas. (RIBAS et alli, 2001). Isoladamente, estas informações sobre estado nutricional não seriam suficientes para entender a complexidade dos problemas vividos por esses grupos. É do conhecimento geral, por

exemplo, a coexistência de obesidade entre adultos e desnutrição infantil entre as sociedades indígenas (GUGELMIN e SANTOS, 2001), tanto uma como outra constituindo, de fato, dimensões diferentes da I.A. A medida direta da I.A. entre os indígenas, seus determinantes e suas conseqüências constituem desafios que precisam ser estudados.

Segundo “O mapa da fome entre os Povos Indígenas no Brasil” (INESC-ANAÍ/BA, 1995), a fome é uma realidade para muitos. Nesse estudo, identificou-se que cerca de 35% das terras indígenas apresentavam problemas de sustentabilidade alimentar e que a fome atingia qualitativa e quantitativamente proporções variadas de seus habitantes. (CGPAN, 2005).

A transição epidemiológica no campo da nutrição também está associada a modificações mais gerais nos ecossistemas de vida coletiva tais como habitação e saneamento, níveis de ocupação, aquisição de novo estilo de vida, entre outros. Nesse contexto, deve-se destacar o crescente aumento do sobrepeso e obesidade ligados a mudanças na qualidade da alimentação e em estilo de vida cada vez mais sedentário. Entre populações indígenas tem sido observado que modificações no manejo agrícola, na atividade física, nas formas de produção e nos hábitos de consumo caracterizam um quadro de transição nutricional, com risco de percorrer a mesma trajetória da nossa sociedade não - indígena (CGPAN, 2005).

A pesquisa que estamos desenvolvendo investiga a percepção da Insegurança Alimentar, condições e eventos a ela relacionados, entre os Guarani em SP, especificamente em quatro comunidades, três terras indígenas e um bairro guarani na cidade de Itanhaém. A pesquisa parte da idéia de que é possível e necessário estruturar um instrumento de avaliação da I.A. que seja acessível e baseado nas concepções próprias dos Guarani sobre esse tema. Ao mesmo tempo esse instrumento de mensuração possibilitará novas investigações com o intuito de adequar métodos e instrumentos de avaliação da IA, adequados, também, a outras populações indígenas.

Povos Indígenas no Brasil

Os povos indígenas no Brasil, no que diz respeito à situação das terras e territórios, têm atualmente duas situações distintas: a) povos indígenas que habitam a região da Amazônia Legal, e b) aqueles cujos territórios estão localizados fora da Amazônia, no Nordeste, Sudeste, Sul e sul da região Centro-Oeste. Os povos situados na Amazônia possuem seus territórios demarcados ou fase de demarcação recentemente e se beneficiaram da nova Constituição Brasileira, que reconhece aos índios os direitos originários sobre os territórios que ocupam. Portanto, esses processos de demarcação incluíram não só os núcleos ou aldeias como também as áreas de pesca, coleta, caça, e áreas para plantios diversos. Os povos indígenas que se localizam fora da Amazônia tiveram suas aldeias demarcadas ainda a partir de uma concepção anterior à Constituição de 1988, ou seja, tiveram somente os núcleos ou aldeias demarcadas, deixando fora de seus territórios as áreas para agricultura e outras atividades econômicas tradicionais. Com isso é possível verificar que além das enormes diferenças que fundam a sócio-diversidade dos povos indígenas no Brasil, a situação das terras e reservas também pode influenciar a qualidade de vida, e portanto, a segurança alimentar dessas populações.

O enfoque do trabalho está baseado no respeito pelas concepções próprias dos povos indígenas, no caso dos Guarani, com relação ao tema da segurança alimentar e temas relacionados, como a construção do corpo, atividades físicas, organização social, política, formas de assentamento, de produção e subsistência; cada povo, grupo social, comunidade, etnia, tem suas próprias visões sobre a questão da saúde e alimentação, e tem suas próprias maneiras de lidar com a questão da fome, bem como perceber e avaliar a situação da segurança alimentar de suas famílias. O objetivo desse estudo situa-se, portanto, no campo interdisciplinar das: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Nutrição, Antropologia, Educação Física, História e Demografia.

Quem são os Guarani

Nos séculos XVI e XVII, eram chamados de “guaranis” todos os grupos falantes dessa língua que se encontravam desde a costa atlântica no Brasil, até o Paraguai. Os viajantes e cronistas do período colonial, tanto no Paraguai quanto no Brasil, já haviam notado que a língua falada por uma série de grupos e aldeias diferentes era a mesma, inteligível entre eles. Enquanto os espanhóis denominavam esses grupos de “guarani”, os portugueses muitas vezes denominavam os assentamentos já contatados de ‘carijós’, e, embora pertencendo ao mesmo grande grupo lingüístico, eram tomados como grupos distintos. Esse grande território guarani dos dois primeiros séculos da colonização ia desde as margens do rio Paraguai, na altura de Assunção, até o litoral do Rio de Janeiro, onde começava o território dos Tupinambá e Tupiniquim; e desde a região ao sul do rio Paranapanema e do Pantanal até o delta do rio da Prata, na região de Buenos Aires (Ladeira, M.I., 2001).

Já nos séculos seguintes, XVIII e XIX, os grupos Guarani, que não se submeteram às missões jesuíticas ou aos regimes de trabalho escravo dos aldeamentos espanhóis ou aos bandeirantes portugueses, refugiaram-se nas matas das regiões da fronteira atual entre Brasil e Paraguai na altura do Mato Grosso do Sul e Paraná (*informações extraídas do verbete Guarani, escrito por Maria Inês Ladeira, para a Enciclopédia Povos Indígenas on line, no site do Instituto Socioambiental, acessado em 25/01/2008*). Esses Guarani aparecem na literatura como sendo os *Ka’ayguá*, ou ‘habitantes do mato’. Posteriormente vão dar origem aos três grandes diferentes sub-grupos guarani atuais: Kaiowá, Nandeva (também chamados no Paraguai de Xiripá) e Mbyá.

A partir de meados do século XX, os estudos etnográficos permitiram maior conhecimento sobre as especificidades lingüísticas, religiosas, políticas e sobre a cultura material guarani, definindo as bases para a classificação ainda vigente dos subgrupos. O território atualmente ocupado pelos Mbya, Nandeva (Xiripa) e Kaiowa, grupos Guarani que se encontram hoje no Brasil, compreende partes do Brasil, do Paraguai, da Argentina e do Uruguai. Na região oriental do Paraguai, os Kaiowa e os Nandéva/Xiripa são conhecidos respectivamente

por Pai Tavyterã e Ava-Xiripa. Outros grupos Guarani – Guajaki, Tapiete e os conhecidos por Guarayos, Chiriguano também são encontrados no Paraguai e na Bolívia.

No estado de São Paulo encontram-se os grupos Ñandeva e Mbya, e, mais recentemente, os auto-denominados Tupi ou Tupi-Guarani, que são também descendentes ou conectados por parentesco com os Ñandeva. Na região do litoral do estado encontram-se cerca de uma centena de *Tekoha* (literalmente: lugar onde se realiza nosso jeito de ser) entre áreas demarcadas, em estudo e somente demandadas. São núcleos de habitação mais permanente (em geral Ñandeva e/ou Tupi-Guarani) e núcleos onde moram algumas famílias e outras residem por 1 ou 2 anos e seguem ‘viagem’. No caso dos Mbya a dinâmica das relações sociais está estruturada na prática do *Oguatá* (literalmente: andar ou viajar) (Ladeira, M.I., 2001).

As comunidades com as quais estamos trabalhando são as seguintes:

a) Rio Branco:

A Terra Indígena Rio Branco - *Tekoha Yyti* - possui 2.856 hectares, está localizada nos municípios de Itanhaém, São Paulo e São Vicente. Rio Branco teve sua origem no início do século XX com a chegada de famílias mbyá do sudeste Paraguaio e nordeste Argentino. Nos anos 60, o Sr. José de Oliveira dos Santos (Capitão Zezinho), pertencente ao grupo majoritário e filho de Francisco de Oliveira originário do Paraguai, chefiava a aldeia (AZANHA, 1988). Nessa mesma década houve uma dispersão em que uma parte do grupo migrou para as aldeias da Barragem e Krucutu situadas no município de São Paulo, e uma outra parte foi para aldeia Boa Vista, em Ubatuba. Assim, se estruturou uma rede de relações de parentesco e troca entre as aldeias de São Paulo com aldeia de Rio Branco, onde famílias vão buscar os recursos naturais para elaboração de artesanatos (CTI, 2005).

Uma nova onda migratória de famílias provenientes do Paraná chegam na década de 70. Pedro Benito (Pedro Ribeiro da Silva) se fixa na aldeia onde já morava seu sogro Zé

Grande (José Vitoriano). Essa aldeia incide parcialmente no Parque Estadual da Serra do Mar uma unidade de conservação ambiental e é atravessada pelo rio Branco, que divide a área em dois núcleos. A população de Rio Branco é de cerca de 40 famílias, de acordo com a Funasa, pólo de Mongaguá.

A situação jurídica dessa Terra Indígena está homologada e registrada. O processo de demarcação de Rio Branco foi impulsionado pela Aguaí – Ação Guarani Indígena, uma associação das aldeias indígenas do litoral sul, litoral norte e da capital liderada pelo cacique José Fernandes.

b) Ribeirão Silveira (ou Rio Silveira):

A aldeia de Rio Silveira também incide parcialmente no Parque Estadual da Serra do Mar; a área ocupada é de 8.500 ha nos municípios de São Sebastião, Salesópolis e Bertioga. A população é composta pelo grupo Mbyá proveniente do sul do país, e Ñandeva, do litoral sul paulista. De acordo com a FUNASA, em 2007, a população era de cerca de 400 pessoas, distribuídas em cinco núcleos ou grupos locais diferentes. Sua situação jurídica atual é regularizada (identificada) e homologada.

A origem dessa área remonta aos anos 40, com a chegada de Miguel e sua família (Mbyá que se deslocaram do Sul do país). Com seu falecimento cerca de 6 anos depois sua esposa Maria Carvalho migra para as aldeias do Rio de Janeiro e Espírito Santo e Pedro assume a liderança. Assim a aldeia passou a agregar grupos ñandeva provenientes do litoral sul paulista e um outro grupo mbyá da região Sul. Nos anos 60, logo após a morte de Pedro e tomada da liderança de seu filho Gumercindo, os conflitos entre os Mbyá e Ñandeva se intensificam e muitos Mbyá migram para Ubatuba. Em 1977, Gumercindo falece e o Samuel Bento dos Santos (Ñandeva), casado com uma Mbyá, assume a liderança gozando de um grande prestígio inclusive nas aldeias vizinhas.

c) Piaçagüera:

A formação desse *Tekoha* ocorreu no ano 2000, quando algumas famílias originárias da Aldeinha e da Aldeia Bananal, onde tinha ocorrido um confronto entre caciques que dividiu a aldeia, ocuparam o local que sediava a antiga aldeia denominada São João da Boa Vista. Essa aldeia foi formada pelo grupo Ñandeva, e atualmente se auto-identifica como Tupi-Guarani.

A TI de Piaçaguera está em processo de demarcação; posseiros e mineradores contestam a legitimidade da ocupação. Atualmente a aldeia está sob ameaça da exploração de recursos minerais e por um projeto de construção de um grande porto na região. O grupo pretende uma área de 2.795 ha, próxima ao rio Bananal e à aldeia do mesmo nome, nos municípios de Peruíbe e Itanhaém. Essa terra tem cerca de 3,5 km de praia e está dividida pela Rodovia Rio-Santos em 2 glebas. Sua população é de 140 pessoas em 2005 segundo a Comissão Pró-Índio de São Paulo.

d) Aldeinha:

A comunidade de Aldeinha - *Tekoha Nhandé-Porã* - está localizada na área urbana de Itanhaém, no bairro Jardim Coronel. Ocupam, há cerca de 40 anos, um lote que foi doado para D. Alice, atual mãe do cacique do grupo local. A comunidade é formada por uma única família extensa (12 famílias nucleares) do grupo Guarani Ñandeva (Tupi-Guarani) com cerca de 60 pessoas.

A renda da comunidade vem da comercialização de artesanato, palmito, da produção reduzida de plantas tradicionais e eventuais trabalhos na construção civil e roças da região. As crianças freqüentam escolas regulares, mas são vítimas de preconceitos. Por isso, o grupo reivindica uma escola na aldeia e alfabetização em Tupi-Guarani.

Referências

- AZANHA, Gilberto e LADEIRA, M. Inês. *Os índios da serra do mar. Centro de Trabalho Indigenista / Nova Stella Editorial, São Paulo, 1988.*
- BRAGA NETO, José A.; MORAES, Thays S. e SKOWRONSKI, Leandro. – 2003 – “*Reflexões Nutricionais sobre a alimentação dos índios Kaiowá e Guarani de Caarapó/MS – algumas preparações características*”. In Revista Tellus, Editora Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, Mato Grosso do Sul.
- CAPELLI JCS, KOIFMAN S. Avaliação do estado Nutricional da comunidade indígena Parkatêjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* ; 2001;RJ,17(2): 433-437,mar-abr.
- Centro de Trabalho Indigenista. *Terras Guarani no Litoral. Centro de Trabalho Indigenista. São Paulo, 2006.* Disponível em <http://www.trabalhoindigenista.org.br> [25/01/08]
- CGPAN/MS -*Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição.* [Acesso em 20 jul 2005]. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/povos_indigenas.php.
- COIMBRA JR. CEA, SANTOS RV. Saúde e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciências e saúde coletiva*; 2000; 5 (1):125-132.
- Comissão Pró-Índio do Estado de São Paulo. *Situação Fundiária e Informações Gerais.* Disponível em www.cpisp.org.br [25/01/2008]; São Paulo 2007.
- ESCOBAR AL, SANTOS RV, COIMBRA JR. CEA. Avaliação Nutricional de crianças indígenas pakaanóva (Wari'), Rondônia, Brasil. *Rev.Bras. Saúde Matern. Infantil* 2003; 3(4): 457-461;out./dez.
- FUNASA – Fundação Nacional de Saúde. 100 Anos de Saúde pública. A visão da FUNASA. *Atenção à Saúde Indígena.* [Acesso em 19 jul.2005]. Disponível em : <http://www.funasa.gov.br/publicações>.
- GUGELMIN SA, SANTOS RV. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavánte, Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(2)-313-322,mar-abr.
- INSTITUTO CIDADANIA. *Projeto Fome Zero: uma política de segurança alimentar para o Brasil.* São Paulo, 2001.
- LADEIRA, M. Inês. *Espaço geográfico Guarani-Mbyá: significado, constituição e uso.* Tese de doutorado em Geografia, São Paulo, USP, 2001, mimeo.

- LADEIRA, M. Inês e FELIPIM, Adriana. Teko Mbaraeterã – *fortalecendo nosso verdadeiro modo de ser*. Centro de Trabalho Indigenista, São Paulo, 2005. Disponível em <http://www.trabalhoindigenista.org.br> [25/01/2008]
- LEITE, Maurício S. – 2007 – *Transformação e Persistência: Antropologia da Alimentação e Nutrição em uma sociedade indígena amazônica*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Mapa da Fome entre os Povos Indígenas. Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida* – Secretaria Nacional; INESC; PETI; ANAÍ/BA, 1995.
- MONTEIRO CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil, *Estudos Avançados*, 17(48), São Paulo, 2003.
- Panigassi G, Segall-Corrêa AM, Marin-León L, Pérez-Escamilla R, Sampaio MdFA, Maranhã LK. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. *Cadernos de Saúde Pública* 2008;24:2376-2384.
- RIBAS D. L. B., SGANZERIA A., ZORZATTO JR., PLILIPPI S. T.. Nutrição e Saúde Infantil em uma comunidade indígena Terena, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2001;17(2):323-331 mar-abr.
- RICARDO, C. A. *Povos Indígenas do Brasil 2001-2005*. Instituto Socioambiental, São Paulo, 2006.
- Perez-Escamilla R, Segall-Correa AM, Kurdian Maranhã L, Sampaio Md Mde F, Marin-Leon L, Panigassi G. An adapted version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. *J Nutr.* 2004;134:1923-8
- Segall-Corrêa AM, Panigassi G, Sampaio M, Marin-León L, Pérez-Escamilla R. Validación de instrumento de medida de la inseguridad alimentaria y hambre, em el contexto de las políticas brasileñas de combate el hambre. *Perspectivas en Nutrición Humana* 2007;2:p.89 - 102.
- VALENTE FLS. *Direito Humano à Alimentação – desafios e conquistas*. 1ª ed. São Paulo, Cortez Editora., 272 pg. 2002
- VALENTE FLS. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. *Rev. Saúde e Sociedade*. V.12 Nº1 jan-jul 2003
- ZÚÑIGA, M.C.C.; FRITSCH, H.M.; VILLA, A.R.; SOTO, N.G.; Alta prevalencia de desnutrición en La Población Infantil Indígena Mexicana. Encuesta Nacional de Nutrición 1999. *Rev. Esp. Salud. Pública*. Nº2 vol.77: 245-255- marzo-abril.2003.