



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Nutrição

Maria Fátima Garcia de Menezes

**Reflexões sobre alimentação saudável para idosos no contexto das
agendas públicas brasileira e espanhola**

Rio de Janeiro

2014

Maria Fátima Garcia de Menezes

**Reflexões sobre alimentação saudável para idosos no contexto das agendas
públicas brasileira e espanhola**

Tese de doutorado apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Shirley Donizete Prado

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Claudia V. S. Carvalho

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

M543 Menezes, Maria Fátima Garcia de.
Reflexões sobre alimentação saudável para idosos no contexto das
agendas públicas brasileira e espanhola / Maria Fátima Garcia de
Menezes. – 2014.
141 f.

Orientadora: Shirley Donizete Prado
Co-orientadora: Maria Claudia V. S. Carvalho
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Nutrição.

1. Idosos – Saúde e higiene – Teses. 2. Envelhecimento - Aspectos
nutricionais. 3. Nutrição – Brasil – Teses. 4. Nutrição – Espanha – Teses.
I. Prado, Shirley Donizete. II. Carvalho, Maria Claudia V. S. III.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição. IV.
Título.

es CDU 612.3-053.9

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou
parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Maria Fátima Garcia de Menezes

**Reflexões sobre alimentação saudável para idosos no contexto das agendas
públicas brasileira e espanhola**

Tese de doutorado apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovado em 16 de julho de 2014.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Shirley Donizete Prado (Orientadora)
Instituto de Nutrição da UERJ

Prof. Dr. Francisco Romão Ferreira
Instituto de Nutrição da UERJ

Prof. Dra. Jane Araujo Russo
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof. Dra. Marta Maria Antonieta de Souza Santos
Instituto de Nutrição Josué de Castro da UFRJ

Prof. Dra. Eliane Portes Vargas
Instituto Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

Dedico essa tese aos idosos da UnATI - pacientes dos ambulatórios, alunos do curso Alimentação, Nutrição e Terceira Idade e participantes do grupo Roda da Saúde - que me estimulam dia a dia a repensar o campo da alimentação e nutrição e a minha prática como nutricionista, docente, educadora. São tantos questionamentos e provocações que me permitem não parar de crescer como pessoa e profissional!

AGRADECIMENTOS

A Fernando e Emília, meus pais, que são exemplos e sempre ocupam o lugar especial de incentivo, apoio e valorização das minhas escolhas.

Ao Alípio, meu parceiro de caminhada, que nesses 24 anos juntos suporta minhas angústias e participa intensamente da minha trajetória.

Ao Caio, filho querido, que trouxe um novo e rico sentido para a vida.

A Shirley Donizete Prado, que mais do que orientadora é uma amiga que posso contar... É a responsável pela minha trajetória acadêmica, pois foi com o seu convite, em 1998, para compor a equipe da UnATI que tudo começou. E em todo esse tempo me acolhe, escuta, incentiva, sustenta, sempre com carinho e afeto. Sinto-me presenteada por essa relação!

A Maria Claudia Carvalho, também orientadora, que com seu jeito amável me incentivou e deu sugestões que contribuíram com o resultado desse trabalho.

As “Lus”, Luciana Bartolette, Luciene Burlandy, Luciana Maldonado amigas de toda hora. Sinto-me uma pessoa privilegiada por poder compartilhar de suas vidas!

As “amigas da creche Acalanto”, Daniele Bloris, Danielle Camargo, Márcia Stoliar e Patrícia Sousa, que tive a alegria de conhecer através do Caio e que dividimos a aventura de criar filhos e sermos mulheres lindas e poderosas.

As minhas companheiras de UnATI, em especial Débora Santos, Elda Tavares e Aline Ferreira. É tão bom contar com a companhia, compreensão e parceria para trabalhar em um ambiente acolhedor, prazeroso e divertido. Sem vocês não seria possível essa tese!

A Laura, Odete e Zenir, minhas super amigas e vizinhas, que fazem parte da rede social tão importante para que o dia a dia seja mais leve e agradável, me ajudando e “paparicando”.

A todos os professores do Departamento de Nutrição Social pelo reconhecimento do meu trabalho e total apoio ao doutorado. E não posso deixar de mencionar a competência e agilidade da professora Haydée Lanzillotti no encaminhamento de minha liberação de estudos junto ao PROCAD.

Aos professores Francisco Romão e Luis David Castiel que nas disciplinas teóricas e na banca de qualificação trouxeram contribuições importantes à minha tese.

A professora Mabel Gracia-Arnaiz, que oportunizou e orientou meu estágio na Espanha, etapa de muita riqueza pessoal e fundamental para a tese.

A todos os meus colegas de turma do doutorado, pela oportunidade de debate nas aulas e contribuições ao meu projeto. Preciso destacar a minha parceira de estágio na Espanha, Fabiana Kraemer, que foi ímpar em seu papel de apoio, não só operacional, mas fundamentalmente emocional para o meu período de sanduíche. A tristeza pela distância da minha família, amigos, trabalho... foi compensada pela alegria de conhecê-la e receber tanto carinho!

Aos meus alunos da graduação, que com críticas e questionamentos criam um ambiente estimulante para o refletir e aprender constantes.

A Maria e Viviane, secretárias da Pós-graduação, por sempre terem a disponibilidade, boa vontade e um sorriso para resolver e agilizar os procedimentos administrativos necessários.

A equipe do Telessaúde UERJ por viabilizar a qualificação da tese por teleconferência, oportunizando a participação da professora Mabel Gracia-Arnaiz, nossa parceira na Espanha.

A FAPERJ, pelo apoio financeiro para meu estágio na Espanha.

E se eu comesse uma bomba de chocolate? Ou um mil folhas?
Os mil folhas tem menos gosto, mas são mais poéticos.
E se eu comesse os dois? Essa é uma boa ideia.
“O que deseja senhor?”
“Uma bomba de chocolate e um mil folhas”.
Trecho do filme “E se vivéssemos todos juntos...” (2011)

“But without risk, there is no adult pleasure, and risk is what
keep us alive, not just living on.”

(Klein, 2010, p. 20)

RESUMO

MENEZES, M. F. G. Reflexões sobre Alimentação Saudável para Idosos no Contexto das Agendas Públicas Brasileira e Espanhola. 2014. 141 f. Tese (Doutorado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

A presente tese se insere na linha de pesquisa "Políticas, saberes e práticas em alimentação, nutrição e saúde" do Núcleo de estudos sobre Cultura e Alimentação e no projeto "Nutrição, Saúde e Envelhecimento", através da parceria Instituto de Nutrição/Universidade Aberta da Terceira Idade. Tem por objeto de estudo os sentidos e significados do conceito de alimentação saudável para idosos nas agendas públicas brasileira e espanhola. Atualmente um dos desafios para o campo da Alimentação e Nutrição é o acelerado processo de envelhecimento populacional e o aumento da obesidade e doenças crônicas não-transmissíveis. Apesar de ser uma realidade nos dois países, a Espanha possui cifras mais elevadas e enfrenta essa questão há mais tempo. No Brasil esse processo é acelerado e recente. Realiza-se na primeira etapa uma análise a partir dos documentos nacionais do Brasil e a segunda etapa, viabilizada pela realização de estágio no exterior (doutorado sanduíche na Universidad Rovira i Virgili – Tarragona/Espanha), analisar comparativamente os documentos do Brasil e da Espanha. Trata-se de uma análise documental. Os documentos selecionados, por tipo, são: diretriz geral - "Guia alimentar para a população brasileira", "Estrategia para la Nutrición, Actividad física y Prevención de la Obesidad (NAOS)" e "Libro Blanco de Nutrición en España"; guia prático - "Guia alimentar para a população brasileira", "Come sano y muévete: 12 decisiones saludables" e "Comer bien para envejecer mejor" e manual - "Alimentação saudável para a pessoa idosa: Um manual para profissionais de saúde" , "Guia de la orientación nutricional para personas mayores" e "Taller alimentación saludable y actividad física – manual para las personas mayores – vive más y mejor". As reflexões se apoiam em diferentes autores do campo das ciências humanas e sociais, como: Sfez, Weber, Elias, Dumont, Canguilhem, Douglas, Beck, Giddens, Foucault. Para a agenda brasileira, são identificadas nos documentos as seguintes perspectivas: responsabilização do indivíduo, com forte componente ascético e de controle sobre o corpo; forte tendência à redução racional e máxima do risco de adoecer como sinônimo de estilo de vida sadio; ênfase acentuada em higiene e segurança sanitária; primazia do caráter biomédico da Nutrição e homogeneidade e fragilidade como marcas do processo de envelhecer. Na análise comparativa Brasil-Espanha observa-se que apesar das diferenças dos dois países as perspectivas não se diferenciam. Os documentos são estruturados, a partir de orientação de uma mesma entidade supranacional - a Organização Mundial de Saúde -, por especialistas do campo biomédico em um conjunto de regras que tem por base as evidências científicas e com forte componente moral. Homogeneidade do envelhecer, biopoder e risco são as questões colocadas no debate. É a ciência regulando a vida. Os idosos são responsabilizados por manter sua alimentação adequada, na perspectiva da prevenção das doenças, da manutenção do corpo produtivo e jovem, da longevidade e imortalidade. Não há espaço para viver o risco, que parece fundamental para nos sentirmos vivos e saudáveis. E muito menos o exercício necessário de construção e reconstrução cotidiana, de olhar para si, de identificar as necessidades, de buscar uma alimentação fonte de prazer e de reconhecer as condições reais de existência.

Palavras-chave: Alimentação. Nutrição. Alimentação Saudável. Idosos. Envelhecimento

ABSTRACT

MENEZES, M. F. G. *Thoughts concerning the Senior Healthy eating in the context of the Brazilian and Spanish Public Agendas*. 2014. 141 f. Tese (Doutorado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

This thesis fits into the research "policy, knowledge and practices in food, nutrition and health" of the Center for Studies on Culture and Food and in the "Nutrition, Health and Aging" research, through partnership between the Institute of Nutrition and the Open University Senior Citizens. Its object of study is the meanings of the healthy eating for the elderly in the Brazilian and Spanish public agendas concept. Currently one of the challenges for the field of Food and Nutrition is the population aging accelerated process and the obesity and non-communicable chronic diseases increase. Despite being a reality in both countries, Spain has the highest figures and faces this issue longer. In Brazil, this is an accelerated and recent process. It takes place in the first step an analysis from Brazil's national documents and the second step, made possible by an internship abroad (doctorate degrees at the University Rovira i Virgili - Tarragona/Spain), comparatively analyzing documents from Brazil and Spain. This is a documentary analysis. The documents selected by type, are: a general guideline - "Food Guide for the Brazilian population", "Estrategia para la Nutrición, Actividad física y Prevención de la Obesidad (NAOS)" and "Libro Blanco de Nutrición en España"; practical guide - "Brazilian population Food Guide", "Come sano y muévete: 12 decisiones saludables" and "Comer bien para envejecer mejor" and manual - "Healthy eating for the elderly: A handbook for health professionals", "Guia de la orientación nutricional para personas mayores" e "Taller alimentación saludable y actividad física – manual para las personas mayores – vive más y mejor". The reflections rely on different authors in the field of humanities and social sciences, as Sfez, Weber, Elias, Dumont, Canguilhem, Douglas, Beck, Giddens, Foucault. For the Brazilian agenda, were identified in the documents the following perspectives: individual accountability, with strong ascetic component and control over the body; strong tendency towards rational and maximum reduction in the risk of disease as synonymous for a healthy lifestyle; strong emphasis on hygiene and food safety; primacy of the biomedical nature of Nutrition and homogeneity and fragility as aging process marks. In the comparative analysis Brazil-Spain it is observed that despite the differences of the two countries the prospects are no different. The documents are structured from a same supranational orientation organization - the World Health Organization - by experts in the biomedical field in a set of rules that is based on scientific and moral intensive evidence. Homogeneity of aging, biopower and risk are the questions posed in the debate. It is the science regulating the life. The elderly are liable for maintaining their proper food, from the perspective of disease prevention, maintenance of productive young body, longevity and immortality. There is no space to live the risk, it seems crucial to make us feel alive and healthy. And much less necessary building exercise everyday and reconstruction, looking at each other, identify needs, seek a source of power and pleasure of recognizing the real conditions of existence.

Keywords: Food. Nutrition. Healthy Eating. Seniors. Aging

RESUMEN

MENEZES, M. F. G. *Reflexiones sobre "Alimentación saludable para personas mayores" dentro del contexto de las agendas públicas brasileña y española*. 2014.141 f. Tesis (Doctorado en Alimentación, Nutrición y Salud) – Instituto de nutrición, Universidad del Estado de Río de Janeiro, Río de Janeiro, 2014.

Esta tesis se inscribe dentro de la línea de investigación "Políticas, Conocimientos y Prácticas en Alimentación, Nutrición y Salud" del centro de estudios sobre cultura y alimentación y en el proyecto "Nutrición, Salud y Envejecimiento", a través de la asociación Instituto de Nutrición/ Universidad Abierta de la tercera edad. Tiene por objeto estudiar los sentidos y significados del concepto de alimentación saludable para personas mayores en las agendas públicas brasileña y española. Actualmente, uno de los retos para el campo de la Alimentación y la Nutrición es el acelerado proceso de envejecimiento de la población y el aumento de la obesidad y de las enfermedades crónicas no transmisibles. A pesar de ser una realidad en los dos países, España tiene cifras más altas y enfrenta este problema por más tiempo. En Brasil, este proceso es veloz y reciente. En una primera etapa se realiza un análisis de los documentos nacionales del Brasil y una segunda fase, viabilizada por una pasantía en el extranjero (doctorado sándwich en la Universidad Rovira i Virgili - Tarragona / España), se analizan comparativamente documentos procedentes de Brasil y de España. Se trata de un análisis documental. Los documentos seleccionados, por tipo, son: la pauta general - " Guía de Alimentos para la población brasileña ", la " Estrategia para la Nutrición , Actividad física y Prevención de la Obesidad (NAOS)" y el " Libro Blanco de Nutrición en España"; la guía práctica - " Guía de Alimentos para la población brasileña", "Come sano y muévete : 12 decisiones saludables" y "Comer bien para envejecer mejor" y el manual - " Alimentación saludable para las personas mayores : Un manual para los profesionales de la salud", "Guía de orientación nutricional para personas mayores") y "Taller alimentación saludable y actividad física – manual para las personas mayores – vive más y mejor" . Las reflexiones se basan en diferentes autores del campo de las humanidades y de las ciencias sociales, como: Sfez , Weber, Elias , Dumont, Canguilhem , Douglas, Beck, Giddens, y Foucault. Para la agenda brasileña, son identificadas en los documentos las siguientes perspectivas: responsabilidad individual, con un fuerte componente ascético y de control sobre el cuerpo; una fuerte tendencia racional a la máxima reducción del riesgo de enfermar como sinónimo de estilo de vida saludable; fuerte énfasis en la higiene y la seguridad de los alimentos; primacía de la naturaleza biomédica de la Nutrición y de la homogeneidad y la fragilidad como marcas del proceso de envejecimiento. En el análisis comparativo entre Brasil y España se observa que a pesar de las diferencias de los dos países no hay diferencia entre las perspectivas. Los documentos están estructurados a partir de orientaciones de la misma entidad supranacional - la Organización Mundial de la Salud -, por expertos en el campo de la biomedicina en un conjunto de reglas que se basan en la evidencia científica y con fuerte componente moral. Homogeneidad del envejecimiento, biopoder y riesgo son las cuestiones planteadas en el debate. Es la ciencia regulando la vida. Los ancianos son considerados responsables de mantener la alimentación adecuada, en la perspectiva de la prevención de enfermedades, el mantenimiento del cuerpo productivo y joven, la longevidad y la inmortalidad. No existe espacio para vivir el riesgo, que parece fundamental para que nos sintamos vivos y sanos. Y mucho menos el ejercicio necesario de construcción y reconstrucción cotidianas, de mirarse, de identificar necesidades, de buscar una alimentación como fuente de placer y de reconocer las condiciones reales del existir.

Palabras clave: Alimentación. Nutrición. Alimentación saludable. Personas mayores. Envejecimiento.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Quadro geral dos documentos selecionados com país de origem, tipo de documento, título completo e título simplificado...	26
Quadro 2 -	Quadro comparativo dos “Dez passos para Alimentação Saudável”: versões para adultos e idosos.....	44
Quadro 3 -	Principais características econômicas e sociais de Brasil e Espanha.....	105
Quadro 4 -	Documentos de orientação de alimentação saudável para idosos propostos pela agenda pública brasileira.....	114
Quadro 5 -	Documentos de orientação de alimentação saudável para idosos propostos pela agenda pública espanhola.....	115
Quadro 6 -	Quadro demonstrativo da formação dos autores segundo as áreas de conhecimento do CNPq.....	122

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Divisão territorial do Brasil.....	31
Figura 2 -	Densidade demográfica do Brasil.....	32
Figura 3 -	Pessoas alfabetizadas no Brasil.....	34
Figura 4 -	Proporção de domicílios, por classes de rendimento domiciliar per capita (%)......	35
Figura 5 -	Capa do documento Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável (“Guia Alimentar”).....	40
Figura 6 -	Alimentação Saudável para pessoas com mais de 60 anos: siga os dez passos (“Dez passos”)	43
Figura 7 -	Capa do documento Alimentação Saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde (“Manual”).....	45
Figura 8 -	Mapa de Hispania durante a dominação do Império Romano (197 a.C.).....	49
Figura 9 -	Mapa atual da Espanha (após a Constituição de 1978)	49
Figura 10 -	Distribuição percentual de sobrepeso/obesidade nas Comunidades Autônomas/Espanha – Encuesta Nacional de la Salud 2011-2012.....	54
Figura 11 -	Pirâmide de Alimentação Saudável na Espanha.....	57
Figura 12 -	Pirâmide para indivíduos acima de 70 anos na Espanha.....	57
Figura 13 -	Capa do documento Estrategia para la Nutrición, Actividad física y Prevención de la Obesidad (NAOS) “Estrategia NAOS”.....	60
Figura 14 -	Capa do documento Libro Blanco de Nutrición en España (“Libro Blanco”)	62
Figura 15 -	Pirâmide da Dieta Mediterrânea.....	69
Figura 16 -	Capa do documento Come sano y muévete: 12 decisiones saludables (“Come sano”)	70
Figura 17 -	Pirâmide NAOS.....	71
Figura 18 -	Frente do documento Come bien para envejecer mejor (“Come bien”)	73
Figura 19 -	Capa do documento Guia de orientación nutricional para	76

	personas mayores (“Guia de orientación”).....	
Figura 20 -	Taller alimentación saludable y activitat física – manual para las personas mayores – Vive más e mejor (“Taller alimentación”).....	78
Figura 21 -	Imagens de idosos nos documentos analisados do Brasil e Espanha.....	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Proporção das pessoas de 60 anos ou mais de idade que apresentaram as morbidades referidas, por sexo, segundo o tipo de doença – Brasil – 1998/2008.....	36
Tabela 2 -	Prevalência de déficit de peso, sobrepeso e obesidade na população com mais de 20 anos (%) – Pesquisa de Orçamento Familiar 2002-2003 e 2008-2009.....	37
Tabela 3 -	Prevalência de déficit de peso, sobrepeso e obesidade na população com mais de 18 anos (%) - Encuesta Nacional de la Salud 2011-2012.....	53
Tabela 4 -	Distribuição percentual do padrão de consumo de certos alimentos - Encuesta Nacional de la Salud 2011-2012.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ADENYD	Asociación de Enfermeras de Nutrición y Dietética
AESAN	Agencia Española de Seguridad Alimentar y Nutricional
AEDN	Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas
ALCYTA	Asociación Española de Doctores y Licenciados en Ciencia y Tecnología de los Alimentos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASBRAN	Associação Brasileira de Nutrição
CIPI	Cuidado Integrado à Pessoa Idosa
CECAN	Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição
CERAN	Centros de Referência em Alimentação e Nutrição
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CGPAN	Coordenação-Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DM	Dieta Mediterrânea
ENSE	Encuesta Nacional de Salud
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DNS	Departamento de Nutrição Social
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FASE	Federação de Órgãos para a Assistência Social e Educacional
FEN	Fundación Española de Nutrición
FESNAD	Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación e Dietética
FIAB	Federación Española de Industrias de la Alimentación y bebidas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC	Instituto de Defesa do Consumidor

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INE	Instituto Nacional de Estadística
INUTCAM	Instituto de Nutrición e Transtornos Alimentarios
MCTI	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
NAI	Núcleo de Atenção ao Idoso
NAOS	Estrategia para la Nutrición, Actividad física y Prevención de la Obesidad
NECTAR	Núcleo de Estudos sobre Cultura e Alimentação
NUT/UERJ	Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAHO	Pan American Health Organization
PERSEO	Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio, contra la obesidad
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
PPGANS	Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde
UnATI	Universidade Aberta da Terceira Idade
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UE	União Européia
URV	Universidad Rovira i Virgili
SAE	Secretaria de Assuntos Estratégicos
SEDCA	Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación
SEEDO	Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad

SEEN	Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición
SENC	Sociedade Espanhola de Nutrição Comunitária
SENPE	Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	19
1	PERCURSO METODOLÓGICO.....	24
2	ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DE IDOSOS NO CONTEXTO DA AGENDA PÚBLICA BRASILEIRA.....	28
2.1	O contexto socioeconômico.....	28
2.2	Perfil nutricional da população idosa.....	36
2.3	Proposições governamentais para alimentação saudável.....	38
3	ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DE IDOSOS NO CONTEXTO DA AGENDA PÚBLICA ESPANHOLA.....	47
3.1	O contexto socioeconômico.....	47
3.2	Perfil nutricional da população idosa.....	52
3.3	Proposições governamentais para alimentação saudável.....	56
4	INDIVÍDUO, DOENÇA, HOMOGENEIDADE, HIGIENE E NUTRIÇÃO NA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA IDOSOS: ANÁLISE DAS PROPOSIÇÕES DA AGENDA PÚBLICA BRASILEIRA.....	81
4.1	Alimentação e Nutrição: aproximação e afastamento.....	81
4.2	Saúde: processo e projetos de felicidade.....	83
4.3	Velho, idoso, terceira idade: da fragilidade ao novo consumidor.....	85
4.4	Proposições relativas à alimentação saudável para idosos no Brasil.....	90
4.5	Sentidos e Significados da Alimentação Saudável para idosos na agenda pública.....	92
5	HOMOGENEIDADE, CONTROLE E RISCO NA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA IDOSOS: ANÁLISE COMPARATIVA DAS PROPOSIÇÕES DAS AGENDAS PÚBLICAS BRASILEIRA E ESPANHOLA.....	103
5.1	Alimentação e velhice no Brasil e Espanha.....	103
5.2	Sociedade de controle.....	108
5.3	Sociedade de risco.....	111
5.4	Análise comparativa das proposições da alimentação saudável nas agendas públicas brasileira e espanhola.....	114

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
REFERÊNCIAS.....	131

INTRODUÇÃO

O objeto de estudo escolhido para meu doutoramento corresponde aos sentidos e significados em torno do conceito de alimentação saudável. Em especial, pretendo refletir como a alimentação saudável para idosos é vista na perspectiva das agendas públicas brasileira e espanhola.

Meu interesse coaduna-se com o projeto institucional do Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGANS/NUT/UERJ), especificamente, no que diz respeito à linha de pesquisa "Políticas, saberes e práticas em alimentação, nutrição e saúde", do Núcleo de Estudos sobre Cultura e Alimentação (NECTAR). O NECTAR é um grupo de pesquisa, criado em 2008, voltado para o desenvolvimento de investigações acerca da produção de sentidos e significados sobre o alimento na cultura e sobre o campo científico da Alimentação e Nutrição. A sua trajetória vem sendo marcada pela perspectiva de construção de parcerias dentro e fora da UERJ e do Brasil.

Internamente, o projeto pretende fortalecer parceria já construída há mais de vinte anos com a Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UERJ). A UnATI, no final da década de 80, foi idealizada como um grande centro de convivência e unidade de assistência à saúde aos idosos, buscando transformar-se em um *lócus* de referência na área do envelhecimento, em especial na formação de profissionais de diferentes campos de conhecimento. Atualmente, possui legitimidade e reconhecimento indiscutíveis frente aos órgãos governamentais e sociedade civil. De forma resumida, inclui na sua estrutura organizacional: mais de 100 atividades para os idosos; duas unidades para assistência a saúde – o Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) e setor de Cuidado Integrado à Pessoa Idosa (CIPI) –; cursos de extensão na área do cuidado a idosos; um curso de Especialização em Geriatria e Gerontologia e um Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento, com publicação editorial da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Destaco que também apresenta projeção internacional: em 2005 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) designaram a UnATI como Centro Colaborador para a Terceira Idade e Saúde.

No cenário internacional, esta tese integra o projeto de pesquisa “Concepções de alimentação saudável no Brasil e na Espanha: reflexões a partir das Ciências Humanas e Sociais” que se realiza em parceria entre o NECTAR/UERJ e a Universidad Rovira i Virgili (URV), Tarragona, Espanha, através da Profa. Dra. Mabel Gracia Arnaiz, pesquisadora no campo da Antropologia Social que vem se dedicando à temática alimentar no mundo contemporâneo.

Nesse momento, considero importante apresentar de que forma esse objeto se insere na minha vida, situando-o em um forte vínculo entre minha história pessoal e acadêmica dentro da UERJ. Com uma experiência de mais de 10 anos na Prefeitura do Rio de Janeiro, atuando com crianças, educadores e cozinheiros de creches e pré-escolas e formação no Curso de Mestrado em Educação da UERJ, no qual discuti a prática educativa do profissional nutricionista em hospitais, fui surpreendida com o convite, em 1998, ainda como professora contratada do Departamento de Nutrição Social (DNS), para integrar a equipe de professores do NUT/UERJ que atuava com idosos. Após um período de dúvidas, angústias e inseguranças, aceitei o que encarei como desafio, incorporando-o como uma nova etapa que poderia contribuir para meu enriquecimento profissional.

Inicialmente como professora da disciplina Educação Nutricional e supervisora do campo de Estágio de Nutrição em Saúde Pública para alunos do Curso de Graduação em Nutrição na UnATI, parceria já estabelecida com o NUT/UERJ, desenvolvi atividades de grupos de sala de espera¹ e iniciei minhas reflexões sobre que abordagens seriam adequadas para me aproximar, compreender e propor estratégias no trabalho com idosos. Minhas bases teóricas estavam pautadas na promoção da saúde (CARTA DE OTAWA, 1986; BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003), na perspectiva crítica da educação em saúde e educação nutricional (FREIRE, 1987, 1992; STOTZ, 1993; BOOG, 1997; FREITAS, 1997) e na complexidade das práticas alimentares (DIEZ-GARCIA, 1992,1997; FISCHLER, 1995, GRACIA-ARNAIZ, 1996). Minhas questões relacionavam-se, então, ao pensar

¹ Grupos de sala de espera correspondem à atividades educativas realizadas com os idosos enquanto aguardam atendimento ambulatorial. São reuniões realizadas no espaço da recepção do NAI, com periodicidade definida e com um tempo previsto entre 30 a 45 minutos. A proposta é de refletir, compartilhar conhecimentos e experiências e apontar caminhos e sugestões sobre diferentes temas relativos à saúde e nutrição. O grupo também oportuniza uma aproximação da população ao serviço, ressaltando a importância de sua participação para que este corresponda às suas necessidades (ASSIS et al., 2007).

e ao fazer no campo da Alimentação, Nutrição e Saúde dirigidos a um novo público que, para mim, trazia largo acervo de experiências e saberes acumulados ao longo da vida.

Em 1999 ingressei na carreira docente no DNS/NUT/UERJ por meio de concurso público. Atualmente, além de atuar no Estágio Supervisionado de Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva para alunos do Curso de Graduação em Nutrição da UERJ, integro as equipes dos projetos de extensão “Nutrição e Terceira Idade” e “Promoção da Saúde no Envelhecimento”, desenvolvendo atividades educativas em grupos de modalidade fechada (Curso Nutrição e Terceira Idade²) e aberta (Grupo Roda da Saúde³), além de produção de diferentes materiais educativos (mural, apostilas, folders). Essas atividades articulam ensino e extensão, com inserção de profissionais de diferentes áreas de conhecimento da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, professores de educação física, fonoaudiólogos, psicólogos e nutricionistas em diferentes períodos de formação (graduação, treinamento profissional, residência, especialização em Geriatria e Gerontologia).

A inserção na produção de conhecimentos sempre foi interesse da equipe e se consolidou com o delineamento do projeto de pesquisa “Nutrição, Saúde e

² O Curso Nutrição e Terceira Idade, atualmente denominado Alimentação, Nutrição e Terceira Idade é um grupo de modalidade fechada, pois os idosos se inscrevem e durante o período não se admite a entrada de novos participantes. A atividade integra o rol de cursos no módulo educação para saúde, propostos pela Gerência de Ensino da UnATI. Possui periodicidade anual, organizado em encontros semanais, com duração de 1 hora e 50 minutos. A condução dos encontros prevê o diálogo, respeito às diferentes opiniões, participação ativa dos idosos, problematização da realidade e construção conjunta de caminhos possíveis. Os temas selecionados incluem os conceitos de alimentação e nutrição; situação nutricional da atualidade; hábitos alimentares; alimentação e marketing e os diferentes grupos alimentares (cereais, leguminosas, leite e derivados, carnes, frutas entre outros) visando à aproximação do campo da Nutrição ao comer cotidiano (MENEZES et al., 2008)

³ O grupo Roda da Saúde é uma atividade educativa interdisciplinar na modalidade aberta. Os idosos não precisam se inscrever previamente e não há obrigatoriedade de frequência. Participam de forma pontual ou continuada, a partir do interesse pelo tema previamente divulgado e sua disponibilidade. Cada encontro semanal dura duas horas e é único e particular, por se tratar sempre de um tema novo (relacionados à saúde e privilegiando a escolha pelos próprios idosos) e de um grupo diverso (a entrada de participantes novos é garantida). Os encontros são planejados previamente e coordenado em sistema de rodízio de profissionais. É uma atividade que envolve alunos/profissionais de diferentes áreas (Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Serviço Social, Nutrição) e também diferentes inserções (projetos de extensão, residência multiprofissional em saúde do idoso, especialização em geriatria e gerontologia, treinamento profissional. Sua fundamentação teórica é a mesma do grupo sala de espera e do Curso, referidos nas notas de rodapé anteriores e sua estrutura organizacional é de abertura/acolhimento; apresentação do tema; desenvolvimento; síntese e o “chá da tarde” (momento de encerramento com espaço para trocas individuais entre os participantes – idosos/idosos; idosos/profissionais)(ASSIS et al, 2007; BERNARDO et al, 2009).

Envelhecimento”, aprovado pelo Comitê de Ética da UERJ sob o número 029.3.2005. Esta tese de doutoramento está inserida num dos eixos temáticos previstos, a saber, “Comportamento alimentar: cultura, envelhecimento e saúde”. Uma análise sobre a articulação ensino, pesquisa e extensão no Projeto Nutrição e Terceira Idade pode ser encontrada em Prado et al. (2007).

A presente pesquisa se insere na perspectiva de aproximação do campo da Alimentação e Nutrição ao das Ciências Humanas e Sociais. O período de formação no Curso de Doutorado foi intenso de leituras, reflexões e esforço no sentido de trabalhar com conceitos, teorias, metodologias e autores novos, em disciplinas dos programas de pós-graduação Alimentação, Nutrição e Saúde do Instituto de Nutrição da UERJ; Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social, também da UERJ; e Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Bourdieu, Foucault, Beck, Giddens, Bauman, Canguilhem, entre outros, foram os interlocutores e me fizeram repensar e aprofundar a temática da alimentação de idosos, tão próxima de minha prática cotidiana e que, com a necessária distância e estranhamento, ganha outras nuances e possibilidades de reflexão e compreensão.

E ainda foi possível ampliar os horizontes acadêmicos com a experiência de um estágio no exterior. Desenvolver uma etapa da pesquisa em uma realidade diversa foi rico e produtivo. O país escolhido, a Espanha, resguardando inúmeras diferenças com o Brasil, enfrenta também e há mais tempo o processo de envelhecimento populacional e de aumento da obesidade e doenças crônicas. Essa etapa da pesquisa foi viabilizada pela aprovação de financiamento do projeto, por intermédio do programa de estágio de doutoramento no exterior (Doutorado Sanduíche), da FAPERJ e pela parceria já mencionada do NECTAR com o Departamento de Antropologia Social, da Universidad Rovira i Virgili.

Acredito que a oportunidade de minha qualificação acadêmica com o doutoramento corresponde a uma etapa fundamental para fortalecer a produção científica no campo da Alimentação, Nutrição, Saúde e Envelhecimento no diálogo com as Ciências Sociais e Humanas e consolidar nossa equipe como referência nacional nessa área.

Nosso esforço resultou na produção desta tese que está organizada em quatro capítulos.

Nos dois primeiros intitulados “Alimentação saudável de idosos no contexto da agenda pública brasileira” e “Alimentação saudável de idosos no contexto da agenda

pública espanhola” apresentam caráter mais descritivo. Neles, buscamos apresentar os contextos brasileiro e espanhol, discorrendo inicialmente sobre as principais características geográficas, econômicas, políticas e sociais e, em seguida, um panorama demográfico, de saúde e nutricional da população idosa. Por fim, em um esforço de aproximação e interpretação, com a necessária prudência para relacionar as fontes documentais ao contexto no qual foi produzida, apresentamos os documentos selecionados, incluindo a instituição responsável e a data da edição, autoria, objetivo, estrutura organizacional e principais conteúdos.

E, a seguir, encontram-se dois textos de cunho analítico, nos quais são apresentados o referencial teórico da tese e a discussão dos resultados. A opção desse formato objetiva a publicação destes textos, sob a forma de artigo científico ou capítulo de livro. O primeiro, intitulado “Indivíduo, Doença, Homogeneidade, Higiene e Nutrição na Alimentação Saudável para Idosos: Análise das Proposições da Agenda Pública Brasileira”, corresponde a uma análise da alimentação saudável na agenda pública brasileira, utilizando os documentos do Ministério da Saúde para orientação à população idosa. O segundo, intitulado “Homogeneidade, Controle e Risco na Alimentação Saudável para Idosos: Análise Comparativa das Proposições das Agendas Públicas Brasileira e Espanhola”, pretende uma análise comparativa entre as realidades brasileira e espanhola, buscando identificar aproximações e afastamentos.

1 PERCURSO METODOLÓGICO

A escolha de um método de pesquisa se articula ao objeto e objetivos propostos. Na presente pesquisa, o interesse em refletir sobre as proposições relativas à alimentação saudável para idosos na perspectiva da agenda pública brasileira buscando aproximação e comparação com uma realidade diferente, a agenda espanhola, levou a definição pela pesquisa documental.

A pesquisa documental se utiliza de diferentes técnicas e de variados tipos de documentos (escritos e não escritos, como filmes, fotos, pôsteres) na abordagem de objetos cuja compreensão necessita de uma contextualização histórica e sociocultural. Difere da pesquisa bibliográfica por se tratar de fontes primárias, documentos originais que ainda não sofreram tratamento analítico de nenhum autor (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Trata-se de buscar não apenas o que está expresso no documento, mas o que se encontra nas “entrelinhas”.

Cellard (2010) propõe avaliar criticamente a documentação que se pretende analisar em cinco dimensões: 1º) o contexto em que foi produzido, “*a conjuntura política, econômica, social, cultural, que propiciou a produção de um documento determinado*” (p. 299); 2º) a identidade, interesse e motivos do autor, se fala em nome próprio ou de algum grupo ou instituição; 3º) a autenticidade e a confiabilidade; 4º) a natureza do texto, observando em que campo de conhecimento ele foi construído e, por fim, 5º) os conceitos-chave e a lógica interna do texto, buscando compreender os sentidos dos termos e conceitos empregados e observar se utiliza algum “jargão” profissional, regionalismo, gíria e também o esquema de argumentação construído.

Corsetti (2006) analisa a utilização de documentos na área da História da Educação e critica o fato de que por muito tempo seu uso relacionava-se à construção do que se denomina de História Oficial. Atualmente, a ideia não é “fetichizar” os documentos, acreditando que eles possam “falar” todas as verdades, mas “problematizar” essas fontes.

O trabalho a ser realizado exige que se persigam o sujeito da produção dessas fontes, as injunções na produção e as intervenções, isto é, as modificações sofridas e o destino e destinatário desse material (CORSETTI, 2006, p. 35).

Trata-se de um exercício de desconstrução: recortar, organizar, identificar elementos, descrever relações e reconstrução a partir de inúmeras leituras e releituras. Como afirma Cellard (2010, p. 304),

É esse encadeamento de ligações entre a problemática do pesquisador e as diversas observações extraídas de sua documentação, o que lhe possibilita formular explicações plausíveis, produzir uma interpretação coerente, e realizar uma reconstrução de um aspecto qualquer de uma dada sociedade, neste ou naquele momento .

A pesquisa seguiu um roteiro construído a partir da imersão no material empírico. Para cada documento foi criado um arquivo com as seguintes informações: Editado por; Ano da edição; Objetivos; Número de páginas; Autores (função, titulação/formação e instituição); Sumário; Resumo; Destaques (pré-análise temática do conteúdo); Imagens (pré-análise das ilustrações).

A seleção dos documentos seguiu a proposição inicial de documentos da agenda pública governamental que fossem norteadores para a alimentação de idosos nos dois países.

Foram encontrados no Brasil três tipos de documentos: diretrizes gerais (*“Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável”*); guia prático (*“Alimentação saudável para “pessoas com mais de 60 anos”: siga os dez passos”*) e manual para profissionais (*“Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde”*), todos de âmbito nacional, editados pelo Ministério da Saúde.

Na Espanha, com a finalidade de comparação foi utilizada a mesma tipificação. Como documento de diretrizes gerais identificamos a *“Estrategia para nutrición, actividad física e prevención de la obesidad (Estrategia NAOS)”* e o *“Libro blanco de nutrición en España”*; na categoria guia prático há os documentos *“Come sano y muévete: 12 decisiones saludables”* e *“Comer bien para envejecer mejor”* e como manuais para profissionais tomamos o *“Guia de orientación nutricional para personas mayores”* e o *“Taller alimentación saludable y actividad física – manual para las personas mayores – vive más y mejor”*. Os quatro primeiros documentos, produzidos pelo Ministério da Saúde, correspondem a proposições de cobertura nacional e os dois últimos, de âmbito local, foram editados pelos governos das Comunidades Autônomas de Madrid e Cataluña. A Espanha possui como instância política administrativa local 17 Comunidades e duas cidades autônomas, com

independência e recursos próprios. Madrid e Cataluña são regiões de grande importância no país e contam com o maior número de idosos (GARCIA; GARCIA, 2012). Dados de 2013 indicam que Madrid apresenta o segundo maior Produto Interno Bruto (PIB)⁴ do País, em valores absolutos (183.292 €) e em valores *per capita* (28.358 €) e é a atual capital do país. Já a Comunidade da Cataluña assume a primeira posição do PIB, em valores absolutos (192.545 €) e a quarta, em valores *per capita* (26.666 €). Além disto, cabe mencionar que esta última foi a região de minha inserção física como pesquisadora na Espanha.

Um quadro geral dos documentos selecionados nos dois países, com a tipificação correspondente e o título simplificado que será utilizado posteriormente, foi organizado com o objetivo de facilitar a apresentação dos documentos considerados para análise e está apresentado a seguir.

Quadro 1 – Quadro geral dos documentos selecionados por país de origem, tipo de documento, título completo e título simplificado

Países	Tipo de documento	Título completo do documento	Título simplificado
Brasil	Diretriz Geral	Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável	“Guia Alimentar”
	Guia Prático	Alimentação saudável para pessoas com mais de 60 anos: siga os dez passos	“Dez Passos”
	Manual	Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde	“Manual”
Espanha	Diretriz Geral	Estrategia para nutrición, actividad física e prevención de la obesidad (estrategia NAOS)	“Estrategia NAOS”
		Libro blanco de nutrición en España	“Libro blanco”
	Guia práctico	Come sano y muévete: 12 decisiones saludables	“Come sano”
		Comer bien para envejecer mejor	“Comer bien”
	Manual	Guia de orientación nutricional para personas mayores	“Guia de orientación”
		Taller alimentación saludable y actividad física – manual para las personas mayores – vive más y mejor	“Taller alimentación”

Fonte: Brasil, 2005; Brasil, 2006; Brasil, 2010; MSSSI, 2005; MSSSI, s/d; FEN, 2013; FEN/INUTCAM, s/d; Generalitat Catalunya, s/d; FESNAD, 2013.

⁴ O Produto Interno Bruto (PIB) é considerado um importante indicador da atividade econômica. É a soma de todos os serviços e bens produzidos num período (mês, semestre, ano) numa determinada região (país, estado, cidade, continente). Informações disponíveis em <<http://www.datosmacro.com/pib/espana-comunidades-autonomas>> e <<http://www.datosmacro.com/pib/espana-comunidades-autonomas>>. Acesso em 02/04/2013.

Para a análise da formação e da titulação dos autores dos documentos foi realizado um extenso exercício de busca de informações na internet. Foram utilizados os currículos disponibilizados nos *sites* das diferentes instituições de vinculação dos autores (universidades, fundações, associações profissionais) e isso no Brasil foi facilitado, em parte, pela existência do Currículo Lattes⁵. Ademais, outras fontes foram utilizadas, como entrevistas em meios de comunicação, programas de eventos técnico-científicos, divulgação de livros, *sites* pessoais.

⁵ O Currículo Lattes foi criado em agosto de 1999, pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), órgão vinculado ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), com a perspectiva de padronizar as informações dos currículos dos pesquisadores e criar um sistema que possibilitasse o acesso e a troca entre os pesquisadores, instituições de ensino, agências de fomento sobre a pesquisa no Brasil. Também visa servir como uma base de dados para a avaliação dos pesquisadores e para a seleção de consultores e especialistas. No final do ano de 2002, e após o desenvolvimento de uma versão em língua espanhola do Currículo Lattes, o CNPq, juntamente com a Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme)/Organização Panamericana de Saúde (OPAS), cria a rede ScienTI, licenciou gratuitamente o software e forneceu consultoria técnica para implantação nos países da América Latina. Assim, o Currículo Lattes foi implantado em países como Colômbia, Equador, Chile, Perú, Argentina, além de Portugal, Moçambique e outros que se encontram em processo de implantação. Maiores informações disponíveis em: <<http://lattes.cnpq.br/>>. Acesso em 12 mar 2014.

2 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DE IDOSOS NO CONTEXTO DA AGENDA PÚBLICA BRASILEIRA

2.1 O contexto socioeconômico

O Brasil, país que foi colônia de Portugal por quase três séculos, explorando a população indígena inicialmente e mais tarde operando em regime escravagista teve a família patriarcal e a agricultura da monocultura como bases. A economia era uma extensão portuguesa na América, que privilegiava a acumulação primitiva de capital, inicialmente com a exploração do pau-brasil e depois com a cana-de-açúcar (FABER; ADORNE FILHO; AGUIAR, 2014).

Segundo Freyre (2002) o português é o elemento dominante nos aspectos da vida material e simbólica. Assim, até hoje existem reflexos desse modelo, com uma situação desigual, isto é, pior situação econômica, social e de saúde entre a população negra e indígena.

O documento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2013b, p.5) afirma que

nossa história, construída sobre as bases da desigualdade, reservou para a população negra o lugar das classes sociais mais pobres e de condições mais precárias. Apesar da abolição oficial da escravatura dos povos africanos e seus descendentes, não há como negar que persiste ainda hoje, na nossa sociedade, um racismo silencioso e não declarado. A persistência desta situação ao longo desses anos é facilmente observada na precocidade dos óbitos, nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como nos altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra.

A Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE) do governo Federal, em parceria com a Faculdade Zumbi dos Palmares, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e a Fundação Getúlio Vargas está produzindo o primeiro banco de dados nacional sobre a população negra no Brasil. Dados de 2012 informam que 51% da população são formados por negros e que apesar dos avanços os negros representam apenas 20% dos brasileiros que ganham mais de dez salários mínimos.

A população negra também representa apenas 20% dos brasileiros que chegam a fazer pós-graduação no país⁶.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, editada em 2002, registra que a população indígena estimada era de 370.000 pessoas. Os dados do Censo de 2010, que incorporou diversas mudanças para uma melhor informação sobre esta população, informam a soma de 817 mil brasileiros. Não existem dados de saúde globais sobre a população indígena brasileira, mas registros locais disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. Em relação à morbidade o texto da Política afirma que:

verifica-se uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas (BRASIL, 2002a, p.11)

Além disso, descendentes de europeus e de gentes de toda a parte do mundo vivem aqui, muitos também em condições precárias. Segundo Marinho; Linhares e Campelo (2011) um dos grandes desafios para o Brasil é o de reduzir a pobreza frente ao modelo econômico nacional de concentração de renda. E afirma:

Embora a proporção de pessoas abaixo da linha de pobreza tenha caído substancialmente no Brasil nas últimas três décadas, ainda continua muito elevada quando se leva em consideração a renda per capita brasileira; países com renda per capita semelhante apresentam uma menor proporção de pobres (CAMPELO, 2011, p.268).

Portanto, apesar do crescimento econômico e do investimento em políticas sociais ainda não equacionamos os problemas referentes á pobreza e às desigualdades sociais.

Da independência de Portugal, em 1822, até os dias de hoje podemos observar uma história de períodos liberais e conservadores; prioridades no modelo agrário exportador e na industrialização; medidas populistas para conter a classe trabalhadora de Getúlio Vargas; modelo desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek;

⁶ Dados disponíveis em: <<http://www.sae.gov.br/site/?p=11130>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

ditadura de 1964 a 1985, que foi marcada pelo autoritarismo, supressão dos direitos constitucionais, perseguição policial e militar, prisão e tortura dos opositores e pela imposição de censura prévia aos meios de comunicação. Na economia, instituiu-se diversificação e modernização da indústria e serviços, sustentada por mecanismos de concentração de renda, endividamento externo e abertura ao capital estrangeiro. E não podemos esquecer de mencionar a inflação galopante do Plano Cruzado de José Sarney, o confisco das contas correntes e as evidências de agravamento da inflação, recessão e corrupção do período Collor, que permanece até o governo Fernando Henrique Cardoso.⁷ O Partido dos Trabalhadores, com a eleição de Luís Inácio da Silva e, posteriormente, de Dilma Roussef, teve como principais marcas a manutenção da estabilidade econômica, a retomada do crescimento do País e a redução da pobreza e da desigualdade social.

E, retomando a forma de governo, destacamos que o Brasil é uma república (o chefe de Estado é eleito pelo povo para um mandato com tempo determinado) federativa (os Estados tem autonomia política) presidencialista (o presidente da República é o chefe de Estado e de governo), formada pela União, Estados e Municípios.⁸

É uma nação com grande extensão territorial e populacional⁹, sendo considerada pela Organização das Nações Unidas (ONU) a quinta posição no planeta. Segundo dados do Censo Demográfico de 2010, são 190.755.799 habitantes, em 26 Estados e um Distrito Federal, 5.565 Municípios, divididos em cinco regiões em uma extensão territorial de 8.515.767,049 quilômetros quadrados (km²). A Região Norte é composta por sete estados (Amazonas, Roraima, Amapá, Pará, Tocantins, Rondônia e Acre); a Região Nordeste por nove (Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Paraíba, Sergipe, Alagoas e Bahia; a

⁷ Informações disponíveis em: <<http://www.fea.usp.br/conteudo.php?i=339&p=345>>. Acesso em: 15 de maio de 2014.

⁸ Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2009/11/sistema-politico>. Acesso em: 18 fev. 2014.

⁹ Dados referentes à extensão territorial e populacional são de responsabilidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e foram atualizados a partir de reprocessamento do censo demográfico de 2010. Do total dos 67,5 milhões de domicílios recenseados, foram realizadas entrevistas em 56,5 milhões de domicílios (83,7%). Dados e análises disponíveis em <<http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?busca=1&id=3&idnoticia=1866&view=noticia>>, <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm>, <<http://censo2010.ibge.gov.br>> e <<http://leituraseconomicas.blogspot.com.br/2011/05/analise-dos-resultados-do-censo-2010.html>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

Região Centro-Oeste por três e mais o Distrito Federal (Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás); a Região Sudeste por quatro (São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais) e a Região Sul por três (Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina). Ver figura 1.

Figura 1 – Divisão territorial do Brasil



Fonte: IBGE, 2011.

Apresenta uma diminuição da taxa de crescimento populacional (a taxa geométrica anual reduziu de 2,39% na década de 40 para 1,17% em 2010) e grande diversidade quanto à distribuição espacial da população e também quanto às condições sociais, econômicas e culturais.

A Região Sudeste é mais populosa (com 42,1% da população brasileira), na qual estão situadas duas cidades, São Paulo e Rio de Janeiro, que se encontram entre as mais populosas do mundo, estando em quinto e décimo quarto lugares, respectivamente; em seguida, as Regiões Nordeste (27,8%) e Sul (14,4%). As Regiões Norte e Centro-Oeste apresentam as menores densidades populacionais, 8,3% e 7,4%, respectivamente. Estas duas últimas apresentam aumento em sua

participação nacional enquanto que as três primeiras estão em declínio. Ver na figura 2 a distribuição demográfica da população brasileira.

Figura 2 – Densidade demográfica do Brasil



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940(2000); e Síntese do Censo Demográfico 2010. In: IBGE. Sidra: sistema IBGE de recuperação automática. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/hda/tabela/tstabl.asp?z=cdto=3011+Pac=12980>>. Acesso em: mar. 2012.

Fonte: IBGE, 2011.

O Brasil é a sétima economia mundial, com o Produto Interno Bruto (PIB) em 1.751.744 Me¹⁰ e muito se discute em termos de crescimento e potencialidades para o país. Segundo o Banco Mundial, o Brasil é considerado um país de renda média-alta¹¹ e ocupa a 116ª posição mundial (de um total de 189 países) em facilidade de fazer negócios¹².

¹⁰ Informação disponível em: <<http://www.datosmacro.com/pib/brasil>>. Acesso em: 02 abr. 2014.

¹¹ O Banco Mundial categoriza os países por estratos de renda, segundo o gross national income (GNI) per capita: países de baixa renda (\$1,035 ou menos); países de renda média-baixa (\$1,036 - \$4,085); países de renda média-alta (\$4,086 - \$12,615) e países de renda alta (\$12,616 or more). O GNI pode ser traduzido como renda nacional bruta (RNB), utiliza o PIB e inclui os recursos oriundos do exterior. Disponível em: <http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups#Low_income>. Acesso em: 06 mar 2014.

País de grande extensão territorial e de muitos recursos naturais, caracteriza-se pela manutenção de profundas desigualdades na distribuição das riquezas, bens e serviços na sua população. O PIB *per capita* encontra-se em 8.818 euros, colocando o Brasil na 58ª posição e apenas oito unidades da federação concentram 77,8% do PIB brasileiro. Segundo a Pesquisa de Contas Regionais do Brasil 2010 os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná, Bahia, Santa Catarina e Distrito Federal são os responsáveis por isso. As demais unidades da federação respondem por 22,2% do PIB nacional¹³.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)¹⁴ está em 0,730, colocando o Brasil na 80ª posição do *ranking* mundial.

E, retomando os dados do Censo Demográfico, outras diferenças sociais e econômicas podem ser evidenciadas: grau de urbanização, taxa de analfabetismo e renda domiciliar.

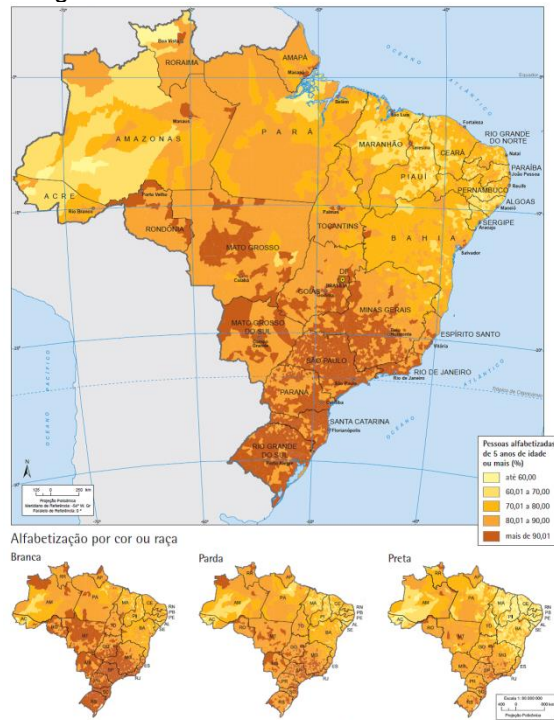
A Região Sudeste continua sendo a mais urbanizada do Brasil, apresentando um grau de 92,9%, seguida pelas regiões Centro-Oeste (88,8%), Sul (84,9%), Norte (73,5%) e Nordeste (73,1%). A maior concentração de pessoas alfabetizadas se encontra nas Regiões Sul e Sudeste e, em especial, na população branca. Ver figura 3.

¹² O Banco Mundial também utiliza diferentes indicadores (pagamento de impostos, comércio entre fronteiras, abertura de empresas, registro de propriedades) para classificar a economia pela facilidade em fazer negócios. Disponível em: <<http://portugues.doingbusiness.org/rankings>>. Acesso em: 06 mar 2014.

¹³ As informações utilizadas estão disponíveis em <<http://teen.ibge.gov.br/noticias-teen/2817-as-divisoes-do-produto-interno-bruto-brasileiro>>, <<http://www.datosmacro.com/paises/brasil>> e <ftp://ftp.ibge.gov.br/Contas_Regionais/2010/comentarios.pdf>. Acesso em: 07 mar 2014.

¹⁴ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado para fazer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o PIB, que apenas considera o desenvolvimento econômico. Foi publicado pela primeira vez em 1990. O IDH não abrange todos os aspectos de desenvolvimento. Por exemplo, democracia, participação, equidade, sustentabilidade são aspectos do desenvolvimento humano que não são contemplados. Ele é calculado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), anualmente, e mede o progresso de uma nação a partir de três dimensões: renda (Renda Nacional Bruta (RNB) per capita expressa em poder de paridade de compra (PPP) constante, em dólar, tendo 2005 como ano de referência), saúde (expectativa de vida) e educação (média de anos de educação de adultos e expectativa de anos de escolaridade para crianças na idade de iniciar a vida escolar). Informações disponíveis no site <http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDH>. Acesso em: 28 mai 2013.

Figura 3 – Pessoas alfabetizadas no Brasil

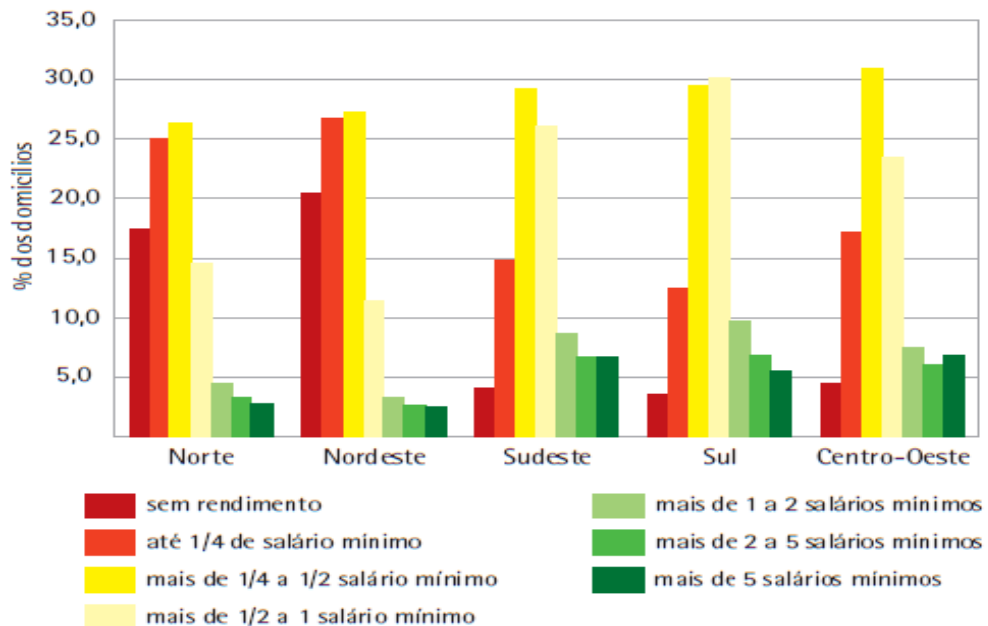


Fonte: Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultado do universo. In: IBGE. Símbolos IBGE de recuperação automática. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.censo.gov.br/portal/publicacao/2010/publicacao.asp?lang=pt-br&acc=10122>.

Fonte: IBGE, 2011.

O maior percentual de famílias com rendimentos acima de cinco salários mínimos é encontrado nas Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul. Por outro lado, nas Regiões Norte e Nordeste estão os maiores percentuais de famílias sem rendimento e de até ¼ de salário mínimo. Ver figura 4.

Figura 4 – Proporção de domicílios, por classes de rendimento domiciliar *per capita* (%)



Fonte: IBGE, 2011.

Em relação à população idosa, o Brasil se encontra em acelerado crescimento, mas ainda permanecem diferenças importantes nas Regiões. O Censo Demográfico 2010 encontrou um total de 14.081.480 indivíduos com mais de 65 anos, e indica que houve aumento na participação desse grupo populacional. De 1960/2010 saltou de 2,7% para 4,8% em 1991, 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010. As regiões mais envelhecidas são a Sul e a Sudeste, com 8,1%. A região nordeste, centro-oeste e norte apresentam, respectivamente, 7,2%, 5,8% e 4,6% de idosos. A faixa etária de 80 anos a mais é composta por 2.935.585 pessoas, representando 1,5% da população total. Em relação à expectativa de vida os dados apontam o aumento de cerca de três anos, em relação aos dados de 2000, alcançando 73,48 anos. Para os homens a taxa encontra-se em 69,73 anos e para as mulheres 77,32 anos (IBGE, 2011).

Uma análise sobre segurança alimentar realizada a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD)¹⁵ de 2004 identificou um maior percentual de idosos (65 anos ou mais) em situação de insegurança alimentar grave residentes nas Regiões Norte (8,8%) e Nordeste (8,5%) e o menor na Região Sudeste (2,4%) (IBGE, 2006).

Dados recentes da PNAD realizada em 2012 apontam 8,6% de idosos, com a maioria mulheres (55,7%), de raça branca (54,4%), residentes nas áreas urbanas (84,3%), com algum benefício da previdência social (entre aposentadoria e pensão) e em um arranjo domiciliar com pelo menos uma pessoa (85,2%). Por outro lado 11,7% vivem sós e se considerarmos apenas as mulheres esse percentual se eleva para 17,3%. Merece destaque o dado de que 47,8% tem rendimento superior a 1 salário mínimo, mas cerca de 43,5% residem em domicílios com rendimento mensal *per capita* igual ou inferior a 1 salário mínimo (IBGE, 2013).

¹⁵ A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) é realizada pelo IBGE, tendo como base de dados o domicílio. Objetiva coletar informações sobre características demográficas e socioeconômicas da população e possui periodicidade variável, dependendo da informação. Maiores informações em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40>. Acesso em: 27 mar 2014.

2.2 Perfil nutricional da população idosa

O perfil de morbidade do grupo populacional idoso se caracteriza pelas chamadas doenças crônicas não transmissíveis, que tem demandado esforços e investimentos públicos do sistema de saúde. Em dados comparativos das PNADs de 1998, 2003 e 2008, apresentados na tabela a seguir, encontramos como a principal doença referida a hipertensão (em 2008 foi referida por 46,3% dos homens e 58,7% das mulheres) e outras mais citadas são as doenças osteoarticulares (coluna e artrite/reumatismo), cardiovasculares e depressão (BELTRÃO, 2013).

Tabela 1 – Proporção das pessoas de 60 anos ou mais de idade que apresentaram as morbidades referidas, por sexo, segundo o tipo de doença – Brasil – 1998/2008

Tipo de doença	Proporção das pessoas de 60 anos ou mais de idade que apresentaram as morbidades referidas, por sexo (%)					
	1998		2003		2008	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Coluna	42,0	48,1	32,0	39,8	30,5	38,7
Artrite/Reumatismo	30,0	43,6	20,1	33,0	16,3	30,4
Câncer	1,4	0,9	2,2	2,0	3,2	2,0
Diabetes	8,0	12,1	10,7	14,8	14,1	17,6
Bronquite/Asma	7,8	7,7	6,1	6,9	5,5	6,2
Hipertensão	36,6	49,7	40,4	55,3	46,3	58,7
Cardiovascular	16,6	21,0	15,8	18,7	16,6	17,9
Renal Crônica	7,0	6,7	4,8	3,7	3,4	3,2
Depressão	8,0	15,3	5,9	12,8	5,6	12,0
Tuberculose	0,3	0,1	0,5	0,3	0,4	0,2
Tendinite	3,6	5,4	3,4	1,8	3,0	6,6
Cirrose	0,5	0,2	0,5	0,1	0,6	0,2

Nota: Dados de IBGE/PNAD 1998, 2003, 2008.

Fonte: BELTRÃO, K. et al., 2013.

O sobrepeso e a obesidade crescem em prevalência e, juntos, acometem a maioria da população idosa. Dados da Pesquisa de Orçamentos familiares (POF)¹⁶

¹⁶ A POF é um inquérito conduzido a cada cinco anos pelo IBGE em uma amostra representativa de domicílios, com o objetivo de traçar o perfil das condições de vida da população brasileira com base nas estruturas de consumo, gastos (despesas) e rendimentos (receitas) das famílias. A pesquisa permite obter informações que se direcionam a resultados de quantidades de alimentos e bebidas adquiridas com dispêndio - gasto monetário - para consumo domiciliar. Os dados também podem ser utilizados para traçar perfis de consumo das famílias, atender demandas relacionadas ao cálculo do Produto Interno Bruto no que diz respeito ao consumo das famílias e diversos estudos relacionados ao planejamento econômico e social e aos aspectos nutricionais da população. Informações disponíveis em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/>>. Acesso em 27/03/2014.

em 2002-2003 demonstram, para indivíduos entre 65 a 74 anos, 40,6% de sobrepeso e para indivíduos de 75 anos ou mais, 49,1% (IBGE, 2004). Em 2008-2009 o sobrepeso entre 65 a 74 anos passa para 59,5% e 52,5% e a obesidade para 22,4% e 12,4% (IBGE, 2010a). Dados do estudo “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico” (BRASIL, 2013a) indicam 58,5% de sobrepeso em indivíduos acima de 65 anos e obesidade em 19,0%.

Tabela 2 – Prevalência de déficit de peso, sobrepeso e obesidade na população com mais de 20 anos (%) – Pesquisa de Orçamento Familiar 2002-2003 e 2008-2009

Grupos de idade	POF 2002-2003			POF 2008-2009		
	Déficit de peso	Sobrepeso	Obesidade	Déficit de peso	Sobrepeso	Obesidade
65 a 74 anos	4,0	40,6	11,1	3,2	56,2	17,9
75 anos ou mais	3,6	49,1	14,0	4,4	48,6	15,8
Total (20 anos e mais)	6,7	38,5	10,5	2,7	49	14,8

Fonte: IBGE, 2004 e 2010.

A preocupação com o impacto econômico do sobrepeso e da obesidade para o sistema de saúde e a necessidade de se pensar em políticas de prevenção e tratamento é uma realidade mundial. No Brasil, estudo recente sobre os custos para o Sistema Único de Saúde indica que a estimativa de gasto total em um ano com todas as doenças relacionadas ao sobrepeso e a obesidade é de US\$ 2,1 bilhões, sendo 68,4% desse total gasto com hospitalizações (BAHIA et al., 2012).

Os dados da POF 2008-2009 demonstram um perfil mais adequado de consumo alimentar para os idosos, quando comparado aos adolescentes e adultos. Há variação entre as áreas urbanas e rurais e entre as Regiões geográficas. Em média, encontramos os menores percentuais de ingestão calórica (1.490Kcal para as mulheres e 1.796Kcal para os homens); adequação no consumo de gorduras totais (a recomendação é de 15 a 30% e o consumo dos idosos está em 27%); menores médias de consumo de colesterol em ambos os sexos e um menor consumo de gordura trans entre as mulheres; menor ingestão média de carboidratos

(a recomendação é de 55 a 75% e nas mulheres idosas o valor está em 56,2 a 57,6% e nos homens 54,8 a 57,0%) e menor consumo fora do domicílio (apenas 16,1% referem o consumo, enquanto que nos adolescentes e adultos o percentual ultrapassa os 40%). Em relação aos alimentos consumidos encontramos percentuais semelhantes para arroz e feijão. No entanto, maiores percentuais em arroz integral, pão integral, outras leguminosas, farinha de mandioca e biscoito salgado. Também maiores os percentuais de frutas, verduras, legumes, oleaginosas, carne suína, leites e queijos. Os percentuais de consumo de alimentos processados, como: biscoitos recheados, salgadinhos, sucos, refrigerantes, embutidos, foram menores do que nos grupos de adolescentes e adultos. Alguns desses alimentos aparecem na análise do consumo de alimentos fora do domicílio, que demonstra que a alternativa é para lanches (salgados, sanduíches, salada de frutas, cerveja, refrigerante, sorvete, oleaginosas). Uma análise detalhada do consumo fora do domicílio utilizando essa base de dados é encontrada em Bezerra et al. (2013). Os autores afirmam que comer fora está inversamente relacionado à idade, é maior entre os homens, mais frequente na área urbana e aumenta conforme a renda.

2.3 Proposições governamentais para alimentação saudável

A experiência brasileira na construção de guias alimentares data de 2006 na perspectiva estratégica de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), homologada em 1999 e reeditada em 2003. A publicação, elaborada a partir de diferentes eventos e com participação de pessoas e instituições governamentais e não-governamentais, é de responsabilidade da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), órgão vinculado ao

Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde¹⁷.

O documento, no item apresentação, inclui a justificativa que assinala a preocupação governamental com os problemas advindos da escassez e dos excessos alimentares. O trecho que ilustra é o seguinte:

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, atesta o compromisso do Ministério da Saúde com os males relacionados à escassez alimentar e à pobreza, sobretudo a desnutrição infantil e materna, bem assim com o complexo quadro dos excessos já configurado no Brasil pelas altas taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade, na população adulta. (BRASIL, 2003, p.7)

E ainda ressalta que o combate a fome está no cerne do debate e da decisão da Presidência da República, chamando a atenção de que essa é uma história de luta política, histórica e antiga, desde os anos 1930 na nossa sociedade, e cita Josué de Castro para afirmar que a fome é um problema de ordem econômica e social, mais do que alimentar.

As diretrizes apresentadas tem como fio condutor o direito humano à alimentação e a segurança alimentar e nutricional e são:

Estímulo a ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos.
 Garantia da segurança e qualidade dos alimentos.
 Monitoramento da situação alimentar e nutricional;
 Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.
 Prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais.
 Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação.
 Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição.
 (BRASIL, 2003, p.7)

Em 2005, como um instrumento de consolidação da PNAN e atrelado ao documento “Estratégia Global de Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde”¹⁸, é publicado o “Guia Alimentar”. Na perspectiva de promover

¹⁷ A CGPAN foi criada na estrutura ministerial com a missão de coordenar as ações de alimentação e nutrição, orientadas pela PNAN. Em 2010 definiu como uma de suas prioridades a revisão da PNAN e modifica sua denominação para Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN). Informações nos relatórios de gestão 2009 e 2007-2010 disponíveis em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/relatorio_2009_cgpan.pdf e <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/relatorioGestao2010.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2014.

¹⁸ Documento final da 57ª Assembléia Mundial da Saúde, ocorrida em Genebra, 2004.

práticas alimentares saudáveis e prevenir os distúrbios e doenças nutricionais (doenças crônicas não transmissíveis – DCNT, deficiências de ferro e vitamina A e aumento da resistência imunológica relacionadas com as doenças infecciosas), o documento tem como objetivo apresentar princípios e diretrizes alimentares para serem utilizadas na orientação de escolhas mais saudáveis de alimentos. Na sua apresentação encontramos a referência de que “*contém as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a nossa população*” (BRASIL, 2005, p.10).

Figura 5 – Capa do documento Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável (“Guia Alimentar”)



Fonte: BRASIL, 2005.

Portanto, como já referido, o “Guia Alimentar” se propõe a ser uma ferramenta de identidade brasileira, no sentido de atender as recomendações da 57ª Assembleia Mundial da Saúde. A reunião, promovida pela Organização Mundial da Saúde, contou com a participação de 192 países, que se comprometem com a implantação de estratégias em seu país para enfrentamento do atual perfil de morbidade e mortalidade, relacionadas à alimentação inadequada e ao sedentarismo. No que se refere aos idosos, a Estratégia Global deixa clara a preocupação com os custos para assistir a esse grupo populacional e podemos encontrar no item 12 o trecho a seguir que ilustra tal posição:

A maior parte de pessoas idosas vivem em países em desenvolvimento, e o envelhecimento das populações repercute consideravelmente nas características de morbidade e da mortalidade. Por conseguinte, muitos países em desenvolvimento suportam uma carga mais pesada de doenças não transmissíveis junto com uma persistente carga de doenças infecciosas. Além de ter uma dimensão humana, a manutenção da saúde e da capacidade funcional da crescente população de idosos será um fator decisivo para reduzir a demanda aos serviços de saúde e os gastos correspondentes (OMS, 2004, p. 7)

O “Guia Alimentar” foi publicado a partir de um processo de debate intenso, com diferentes instituições e consulta pública realizada pela Internet. A versão final é de autoria de quatro nutricionistas, sendo três técnicos da Coordenação Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (CGPAN) e um docente da Universidade de Brasília, consultor da CGPAN. E como colaboradores encontramos um total de 56 profissionais, representando instituições públicas governamentais, com uma maior expressão a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA - 16 técnicos) e a CGPAN (15 técnicos). Também participaram representantes da Coordenação Geral de Atenção Básica (CGAB), do Instituto Nacional do Câncer (INCA), da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal e do Conselho Regional de Nutricionistas da 3ª Região. Outras instituições envolvidas nesse processo foram a Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e diversas Universidades (Universidade de Brasília, Universidade de São Paulo, Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Goiás e Universidade do Vale do Rio dos

Sinos). Alguns membros representam também os Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição¹⁹.

Em uma análise da formação, utilizando a Tabela de Áreas de Conhecimento do CNPq, 39 profissionais são das Ciências da Saúde (88,6%), majoritariamente na área de Nutrição (34 profissionais); quatro nas Ciências Agrárias (9,1%) e um nas Ciências Biológicas (2,3%). Nenhum profissional apresenta formação no campo das Ciências Humanas ou Sociais Aplicadas.

Um ponto importante que merece ser mencionado: o documento se propõe a ser universal (que atinja todo o país e todas as pessoas). Uma transcrição do próprio documento ilustra esta afirmativa:

Acreditamos que as diretrizes aqui estabelecidas serão úteis para os profissionais da saúde, para os trabalhadores nas comunidades, para as famílias do Brasil e para a nação como um todo (BRASIL, 2005, p. 11).

O documento está estruturado em três partes. Na primeira é apresentado um conjunto de informações técnicas, denominada referencial teórico, que inclui uma apresentação do panorama epidemiológico e discute o aspecto ambiental e os modos de vida saudáveis, com os temas: aleitamento materno, alimentação saudável, atividade física, consumo de bebidas alcoólicas e consumo de tabaco. Na segunda parte encontra-se um detalhamento dos princípios selecionados (abordagem integrada, referencial científico e a cultura alimentar, referencial positivo, explicitação de quantidades, variações das quantidades, alimento como referência, sustentabilidade ambiental, originalidade um guia brasileiro, abordagem multifocal) e Diretrizes assim numeradas: 1 - Os alimentos saudáveis e as refeições;

¹⁹ Os Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição (CECAN) constituem uma rede colaborativa interinstitucional de cooperação técnico científica que apoia o Ministério da Saúde no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição sob sua coordenação. Teve início em 1994 quando o então Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) instituiu os Centros de Referência em Alimentação e Nutrição (CERAN), cujo objetivo primordial era apoiar a implantação e implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). A extinção do INAN em 1997 e a posterior criação da Coordenação Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (CGPAN) incorporou à rede um novo conjunto de instituições de ensino e pesquisa denominados Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição (CECAN), que passam a apoiar tecnicamente a CGPAN, posteriormente denominada CGAN, na implementação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Em 2010, foi publicada a Portaria nº 649 de 26 de Novembro de 2010, que instituiu oficialmente os CECAN, definindo os seus objetivos, as competências e o novo processo de habilitação das instituições. Informações disponíveis em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/apoio_pro_pesquisa_inovacao.php?conteudo=centros_colaboradores_nutri>. Acesso em: 31 mar 2014.

2 - Cereais, tubérculos e raízes; 3 - Frutas, legumes e verduras; 4 - Feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteínas; 5 - Leite e derivados, carnes e ovos; 6 - Gorduras, açúcares e sal; 7 - Água. Por fim, na terceira parte há uma apresentação das bases epidemiológicas e científicas que justificam as Diretrizes nacionais.

Um segundo documento proposto para orientação alimentar é o “Alimentação Saudável para pessoas com mais de 60 anos: siga os dez passos”. Ele foi construído a partir das diretrizes do “Guia Alimentar”. Ver figura 6.

Figura 6 – Alimentação Saudável para pessoas com mais de 60 anos: siga os dez passos (“Dez passos”)

*Alimentação Saudável para pessoas com mais de 60 anos:
Siga os Dez Passos*

- 1 Faça pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições!
- 2 Inclua diariamente 6 porções do grupo dos cereais (arroz, milho e trigo pães e massas), tubérculos como a batata, raízes como mandioca/ macaxeira/ aipim, nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos naturais.
- 3 Coma diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
- 4 Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
- 5 Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis!
- 6 Consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina.
- 7 Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação. Coma-os, no máximo, 2 vezes por semana.
- 8 Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa.
- 9 Beba pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
- 10 Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
www.saude.gov.br/nutricao
cgpan@saude.gov.br

Ministério da Saúde

BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

14 de outubro
Dia Mundial da Alimentação

Fonte: BRASIL, 2006.

O Ministério da Saúde lança, em 2006, uma versão de bolso do “Guia Alimentar” no formato de “Dez passos”, instrumento para a população de 20 a 60 anos, com um caráter de orientação individual. Apresenta um teste de alimentação saudável para ser autopreenchido e a lista dos dez passos, com o “*objetivo de orientar você a ter uma alimentação saudável e fazer escolhas alimentares mais adequadas*” (BRASIL, 2006, p. 3). Em uma versão adaptada lança a versão para idosos e uma comparação entre as duas versões pode ser encontrada no Quadro 2, a seguir. Podemos observar que os documentos são praticamente idênticos e as pequenas diferenças foram por nós assinaladas em negrito.

Quadro 2 – Quadro comparativo dos “Dez passos para Alimentação Saudável”: versões para adultos e idosos

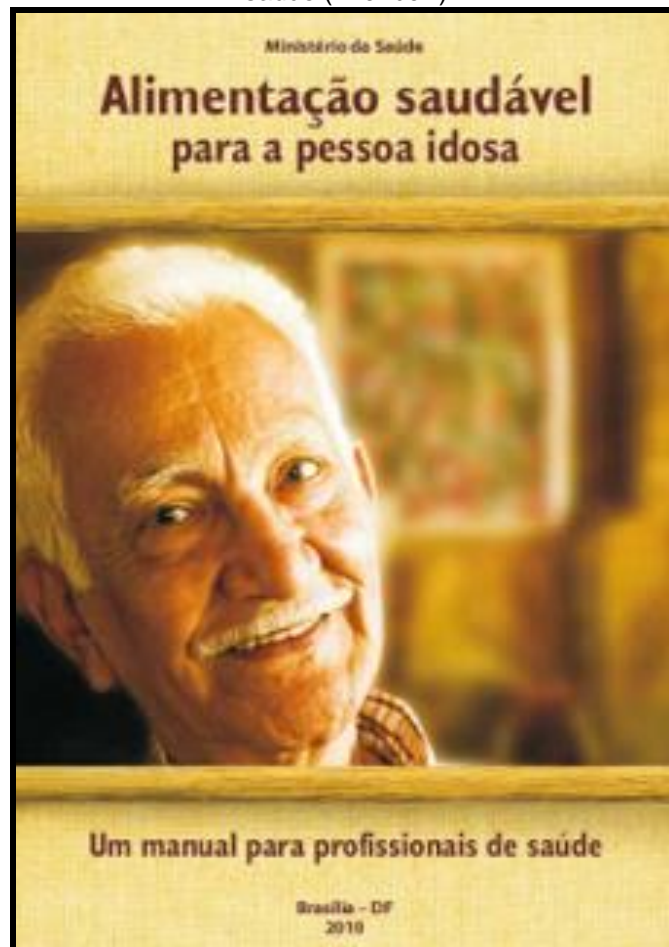
Passos	Adultos	Idosos
1	Faça pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.	Faça pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições!
2	Inclua diariamente 6 porções do grupo dos cereais (arroz, milho, trigo pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos naturais.	Inclua diariamente 6 porções do grupo dos cereais (arroz, milho e trigo pães e massas), tubérculos como a batata, raízes como mandioca/ macaxeira/ aipim, nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos naturais.
3	Coma diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.	Coma diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
4	Coma feijão com arroz todos os dias ou , pelo menos, 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.	Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
5	Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis!	Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis!
6	Consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans.	Consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina.
7	Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação.	Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação. Coma-os, no máximo, 2 vezes por semana.
8	Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito	Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa.

Passos	Adultos	Idosos
	sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, lingüiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos.	
9	Beba pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.	Beba pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
10	Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha o peso dentro de limites saudáveis.	Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Fonte: BRASIL, 2006.

Um terceiro e último documento identificado para a orientação alimentar de idosos é o “Alimentação Saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde”.

Figura 7 – Capa do documento Alimentação Saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde (“Manual”)



Fonte: BRASIL, 2010.

O material, editado em 2010, pela CGPAN objetiva oferecer subsídios aos profissionais para orientar a pessoa idosa e sua família, apresentando medidas práticas para o preparo e consumo. Está organizado em 8 capítulos.

Inicia com uma discussão sobre quem chamamos de pessoa idosa, diferenciando o corte etário de 60 ou 65 anos, defendendo que as diferenças podem ser explicadas pelo ritmo de envelhecimento próprio de cada organismo biológico; orientações para favorecer uma alimentação saudável resumidas em uma única frase, *“tornar o ambiente da cozinha e o local das refeições o mais adequado e agradável para conferir mais conforto, segurança e autonomia no dia-a-dia”* (BRASIL, 2010, p. 11); medidas associadas ao preparo das refeições (cuidados na compra, no armazenamento, higiene pessoal e no manuseio dos alimentos e preparo dos alimentos); medidas associadas ao consumo (refeições em local agradável, higiene das mãos, cinco ou seis refeições diárias, entrosamento social no horário das refeições, não utilizar sal e açúcar à mesa, comer devagar, cuidar da saúde bucal, busca e consumo de água entre as refeições, temperatura do consumo dos alimentos e saborear refeições saudáveis); orientações para auxiliar a autonomia (simplificar a arrumação das mesas, promover o contraste de cor entre a toalha da mesa e os utensílios e selecionar os utensílios adequados) e encerra com a apresentação de uma lista dos dez passos para a realização do que é identificado como alimentação saudável (documento citado anteriormente). A autoria é de duas nutricionistas, docentes do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa.

3 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DE IDOSOS NO CONTEXTO DA AGENDA PÚBLICA ESPANHOLA

3.1 O contexto socioeconômico

A Espanha é um país que historicamente vivenciou inúmeras crises políticas e econômicas. Com a experiência de diferentes regimes políticos, teve sua transição para a democracia depois de um longo período de ditadura, de 1939 a 1975, com o país governado por Francisco Franco. A democracia é restaurada com o rei Juan Carlos I, que concede anistia aos presos políticos, legaliza os partidos políticos e sindicatos, declara como línguas oficiais o catalão, galego e vasco, organiza eleições gerais e promulga a nova constituição (1978)²⁰.

Atualmente, o país enfrenta uma economia em crise, com redução de empregos e do estado de bem-estar e medidas drásticas de austeridade para ajustar as contas públicas, como aumento de impostos e maior flexibilidade de demissões que ainda agravam o problema do desemprego. As taxas de desemprego em fins de 2012 encontravam-se em 26% e para os jovens abaixo de 25 anos a taxa alcançou 52%²¹.

O sistema de governo do país é a monarquia parlamentar. Existem quatro níveis na administração: municípios, províncias, comunidades autônomas e o Estado. Possui um rei como chefe de Estado, que modera e arbitra, mas não governa. O presidente do governo é eleito pela Câmara de Deputados, sendo que esta é eleita pelo povo. A premissa essencial é de que os cidadãos elegem seus

²⁰ Informações disponíveis em: <<http://www.culturageneral.net/historiaespana/>>. Acesso em: 21 mai 2014.

²¹ Maiores informações podem ser encontradas em BENITO,S.M.R. Para entender la crisis económica en España: El círculo vicioso de la moneda única y la carencia de un modelo productivo eficiente. *Economiaunam*, v.10, n. 28, s/d e em diferentes notícias disponíveis na internet: “Crise econômica é prova de fogo para a Espanha” - <<http://www.dw.de/crise-econ%C3%B4mica-%C3%A9-prova-de-fogo-para-a-espanha/a-16791822>>; “Crise econômica: entendam porque a Espanha está se convertendo na bola da vez” - <<http://veja.abril.com.br/blog/ricardo-setti/vasto-mundo/crise-economica-entendam-porque-a-espanha-esta-se-convertendo-na-bola-da-vez/>>; “Crise financeira e sociedade: um olhar sobre a Espanha” - <http://www.vermelho.org.br/noticia.php?id_noticia=202332&id_secao=2>. Acesso em: 21 mai 2014.

representantes e estes, em seu nome, fazem cumprir a Constituição e os Estatutos de Autonomia. As comunidades autônomas repetem o modelo parlamentar. Também possuem um parlamento e um presidente, eleito por este (LIZAGARRA, 2006).

A institucionalização das comunidades segue um percurso histórico. Uma primeira divisão territorial da Península Ibérica data de 197 a.C., com a chegada dos romanos. Eles identificaram como Hispania a região que estava além da região montanhosa dos Pirineus e dividiu em duas regiões: Hispania Citerior (dos Pirineus à desembocadura do rio Almanzora, ao sul de Cartagena) e a Hispania Ulterior (ao sul desse ponto). Ver figura 8. No curso da história de disputas, conquistas e interesses políticos, novas regiões foram criadas e denominadas. A Constituição de 1978 reconhece o direito e a autonomia das regiões e a Espanha fica então dividida em 17 comunidades e duas cidades autônomas, conforme lista relacionada abaixo, que inclui a data de reconhecimento de autonomia, províncias e capitais (ORTIZ, 2011). Ver também figura 9 que ilustra o mapa atual da España e suas regiões.

1. Cataluña (1979): Barcelona (capital), Tarragona, Lérida y Gerona.
2. País Vasco (1979): Vizcaya, Álava (capital Vitoria) y Guipúzcoa.
3. Galicia (1980): La Coruña (capital Santiago de Compostela), Lugo, Orense y Pontevedra.
4. Andalucía (1980): Jaén, Córdoba, Sevilla (capital), Huelva, Cádiz, Málaga, Granada y Almería.
5. Cantabria (1981): Cantabria (capital Santander).
6. Principado de Asturias (1981): Asturias (capital Oviedo).
7. Región de Murcia (1982): Murcia (capital).
8. La Rioja (1982): La Rioja (capital Santander).
9. Comunidad Valenciana (1982): Castellón, Valencia (capital) y Alicante.
10. Comunidad Foral de Navarra (1982): Navarra (capital Pamplona).
11. Castilla-La Mancha (1982): Guadalajara, Toledo (capital), Cuenca, Albacete y Ciudad Real.
12. Canarias (1982): Santa Cruz de Tenerife y Las Palmas (capital alternada).
13. Aragón (1982): Huesca, Zaragoza (capital) y Teruel.
14. Castilla y León (1983): León, Palencia, Burgos, Soria, Segovia, Ávila, Valladolid (capital), Zamora y Salamanca.
15. Comunidad de Madrid (1983): Madrid (capital).
16. Extremadura (1983): Cáceres y Badajoz (capital Mérida).
17. Islas Baleares (1983): Baleares (capital Palma de Mallorca).
18. Ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (1995).

A Espanha possui uma extensão territorial de 505.600 Km² e uma população total de 47.129.783. Segundo classificação do Banco Mundial é considerado um país de renda alta e ocupa a 52^a posição no índice de facilidade de fazer negócios. Dados de 2012 apontam que o Produto Interno Bruto (PIB) encontra-se em 1.029.002 M€, o que coloca o país na 13^a potência mundial. Já o valor médio per capita é de 22.300 €, 28^a no ranking mundial. Dados atualizados de 2013 apontam que as comunidades com o maior PIB, em valores absolutos, são: Cataluña (192.545), Madrid (183.292) e Andalucia (138.301). Em valores *per capita* assume a primeira posição País Vasco (29.959), seguido de Madrid (28.358), Navarra (28.358) e Cataluña (26.666)²². Já o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,885, situando o país na 23^a posição do *ranking* mundial.

Segundo Rechel et al. (2013) em todos os estados membros da União Européia²³ há um aumento da proporção de idosos, o que vem importando em mudanças nos sistemas públicos de saúde, cuidado, previdência, trabalho; para atender as necessidades dessa população, embora identifique importantes diferenças entre os países.

Dados recentes sobre o perfil de idosos (GARCIA; GARCIA, 2012) demonstram que a Espanha é um dos países mais populosos da Europa e com o maior número de idosos. Soma 8.221.047 idosos, o que representa 17,4% do total da população. Com idade superior a 80 anos essa taxa já se encontra em 5,3%.

Llamas; Aczona (2013) destacam que a previsão é de que em 2050 a proporção alcance 30,8% e a Espanha ocupe o segundo lugar no mundo de país mais envelhecido, apenas não ultrapassando o Japão.

Andalucia, Cataluña e Madrid são as comunidades com o maior número de idosos, e, em frequência relativa as maiores proporções estão em Castilla y León, Astúrias e Galicia.

²²Dados de Extensão territorial e população total disponível em: <<http://www.datosmacro.com/paises/espana>>; de PIB disponível em <<http://www.datosmacro.com/pib/espana>> e de PIB das comunidades autônomas disponível em: <<http://www.datosmacro.com/pib-ccaa>>. Acessos em: 28 mai 2013 e 02 de abr. 2014.

²³ A Espanha integra, desde 1986, a União Européia (UE). Com o processo de globalização e o endividamento da Europa após a segunda guerra mundial foi fundada na década de 50 uma associação econômica e política transnacional com o objetivo de fortalecimento dos seus Estados-membros. Atualmente fazem parte 28 países. Informações disponíveis em: <http://europa.eu/index_pt.htm>. Acesso em: 28 mai 2014.

O sexo predominante é o feminino, com 35% a mais de mulheres do que homens. As taxas de expectativa de vida estão entre as maiores da UE, alcançando valores de 84,9 anos para as mulheres e 78,9 anos para os homens.

Apesar da diversidade encontrada no grupo, a situação socioeconômica tem melhorado para os idosos. Quase a totalidade possui recursos financeiros, proveniente da aposentadoria ou pensão do cônjuge. A média em 2011 foi de 807,60 euros. A maior parte dos idosos tem moradia própria (88,7%) e os gastos com sua manutenção (água, eletricidade etc.) alcançam 40% da sua renda. A alimentação encontra-se em segunda posição e em terceira as atividades de lazer. Tem sido observado um aumento do número de idosos que moram sozinhos, em especial nas mulheres. Villanueva; Rúbies (2011) realizaram um estudo tendo como base os censos demográficos de 1970, 1981, 1991 e 2001 e afirmam que na Espanha o fato de morar só era considerado uma forma marginal de residência e com forte carga negativa, relacionado com solidão, isolamento e velhice. Hoje em dia tem se tornado uma opção no curso da vida e com grande peso nas grandes cidades. O percentual de maiores de 70 anos que mora só aumentou de 18,55% em 1991 para 23,32% em 2001. E reforça a perspectiva da feminilização e enviuvamento dos “lugares solitários”, pois nas mulheres o percentual alcança 49,34%. A pesquisa *Mujeres e Hombres en España* (2010) ratifica esse resultado, encontrando que, em idades jovens e adultas (até 54 anos), são mais frequentes os homens morando sozinhos e, a partir dos 55 anos, são as mulheres (INE/MSSSI, 2010). Dados de 2009 (GARCIA; GARCIA, 2012) demonstram esta tendência: 10,4% dos homens idosos (acima de 65 anos) moram sós e 27,3% das mulheres. A perspectiva futura é de aumento desses dados. Países como Itália e França já possuem cifras em torno de 40% e em Berlim, na Alemanha, já alcança 70%. E essa é uma preocupação, tendo em vista que a literatura demonstra que morar só pode comprometer a situação nutricional e alimentar. Hernández e Gracia-Arnaiz (2005) afirmam que há uma tendência de negligenciar a dieta, pois falta a motivação para a preparação de comidas variadas, podendo o idoso ficar somente beliscando ou realizar um consumo exagerado de alimentos. Além da motivação, discutem também a banalização e desritualização da alimentação, importantes questões no debate atual da chamada modernização alimentar. Para Rios (2010) morar só é fator de risco para vários problemas de saúde, em especial a desnutrição.

3.2 Perfil nutricional da população idosa

A mortalidade na Espanha está definida pela causa de morte dos idosos, pois 83,8% das mortes são destes, com uma maior taxa nos homens. Entre as principais causas encontram-se as doenças do aparelho circulatório, seguida de câncer e doenças do aparelho respiratório (GARCIA; GARCIA, 2012). O estado de saúde subjetivo pode ser inferido a partir da *Encuesta Nacional de Salud (ENSE)*²⁴. Com o avanço da idade há um decréscimo da percepção de seu estado de saúde como bom ou muito bom. Na faixa de 65 a 74 anos, 53,94% dos idosos consideram seu estado bom ou muito bom. Já na faixa de 75 a 84 anos reduz para 35,66% e na de 85 anos e mais apenas 30,09%. Em todas as faixas a percepção é melhor nos homens que nas mulheres. E isso possivelmente se relaciona ao maior número de doenças referidas. Hipertensão arterial, diabetes, colesterol elevado, doenças osteoarticulares, incontinência, constipação, osteoporose, depressão, ansiedade são algumas nas quais os resultados são maiores nas mulheres. A maioria dos idosos não refere dependência funcional (53,53%). No item referente às atividades domésticas, que inclui as relacionadas ao preparo da alimentação, os dados são ainda menores, variando entre 17,22% (65 a 69 anos), 27,25% (70 a 74 anos), 38,27% (75 a 79 anos) e apenas maior para os idosos de 80 a 84 anos, com 54,07% de dependentes.

A ENSE também avaliou a situação nutricional²⁵. 53,7% dos adultos encontram-se com sobrepeso/obesidade e nos idosos os valores são maiores, alcançando 73,2% nos indivíduos de 65 a 74 anos. Foram encontrados valores superiores de sobrepeso e obesidade, com exceção da obesidade nos idosos acima

²⁴ A Encuesta Nacional de la Salud (ENSE) é uma investigação realizada pelo Instituto Nacional de Estadística (INE), adscrito ao Ministério de Economía e Competitividad, em acordo de colaboração com o Ministério de Sanidad, Servicios Sociales y Igualdad (MSSSI). Possui periodicidade quinquenal e é dirigida às famílias. Sua finalidade principal é obter dados do estado de saúde e os fatores determinantes do mesmo na perspectiva dos cidadãos. A última foi realizada em 2011-2012 envolvendo 26.502 entrevistas realizadas e 2000 setores censitários (INE/MSSSI (a) (b), 2011-2012).

²⁵ Foi utilizado para a avaliação da situação nutricional o Índice de Massa corporal (IMC), calculado a partir de dados de peso e estatura auto-declarados (peso em Kg dividido pela altura em metros ao quadrado). Utilizou-se a classificação de peso insuficiente se IMC < 18,5 Kg/m²; normo peso se IMC entre 18,5 e < 25,0 Kg/m²; sobrepeso IMC entre 25 e 30 Kg/m² e obesidade IMC > 30 Kg/m².

de 85 anos. Há um decréscimo das taxas de sobrepeso e obesidade conforme aumenta a idade²⁶. Ver tabela 3.

Tabela 3 – Prevalência de déficit de peso, sobrepeso e obesidade na população com mais de 18 anos (%) - Encuesta Nacional de la Salud 2011-2012

Grupos de idade	Déficit de peso	Peso Adequado	Sobrepeso	Obesidade
65 a 74 anos	0,6	26,0	46,4	26,8
75 a 84 anos	0,9	26,9	46,6	25,5
85 anos e mais	3,4	39,7	40,8	16,1
18 a 64 anos	2,2	44,2	36,7	17,0

Fonte: MSSSI e INE, 2012.

As taxas de sobrepeso são maiores nos homens enquanto a de obesidade nas mulheres, em todas as faixas de idade. Em relação à distribuição nas Comunidades Autônomas somente estão disponíveis os dados gerais de população adulta e encontramos valores médios de sobrepeso e obesidade somados, que variam de 45,2% em Melilla à 61,8% na Extremadura. Além desta que ocupa a primeira posição, outras regiões com maiores proporções são Galícia (59,7%), Ceuta (59,7%), Andalucía (57,4%), Astúrias (57,2%) e Murcia (57,1%). Ver figura 10.

²⁶ É pertinente comentar que os dados estão superestimados, se levarmos em consideração que os pontos de corte utilizados foram os mesmos para adultos jovens. A Organização Mundial de Saúde recomenda o uso de parâmetros diferenciados para idosos, que se adequem às alterações fisiológicas e mudanças corporais dessa faixa etária, como o declínio da altura, redução de peso com a idade, alterações ósseas, mudança no tecido adiposo subcutâneo e redução de massa muscular (FAGUNDES et al., 2004).

Figura 10 – Distribuição percentual de sobrepeso/obesidade nas Comunidades Autônomas/Espanha – Encuesta Nacional de la Salud 2011-2012



Obs: A média encontrada foi de 53,7%. Foram circundadas as regiões com valores acima da média
 Fonte: MSSSI e INE, 2012.

É importante assinalar que Gutierrez-Fisac (2003), em sua análise comparativa de dados da Encuesta Nacional de la Salud dos anos de 1987 e 1997, já demonstrava o aumento da prevalência de obesidade na população adulta. Nos homens com mais de 65 anos os dados passam de 10,4 para 15,4% e nas mulheres de 16,3 para 25,4%.

Em relação ao padrão de consumo de alimentos foi encontrado nos idosos um maior consumo diário de frutas frescas e de verduras, saladas e hortaliças e menor consumo de doces. Pescado, embutidos e comida rápida (três ou mais vezes por semana) também foram estudados e para os idosos os dados foram maiores para o pescado e menores para os embutidos e comida rápida. Ver tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição percentual do padrão de consumo de certos alimentos - Encuesta Nacional de la Salud 2011-2012

Tipos de alimentos	Adultos (18 anos e mais)	Idosos (65 a 74 anos)	Idosos (75 anos e mais)
Frutas frescas (diário)	61,43	77,59	78,28
Verduras, saladas e hortaliças (diário)	45,78	55,86	52,85
Doces (diário)	31,43	23,56	30,54
Pescado (três ou mais vezes por semana)	37,44	46,93	44,38
Embutidos (três ou mais vezes por semana)	22,96	15,67	13,39
Comida rápida (três ou mais vezes por semana)	4,57	0,63	0,88

Fonte: MSSSI e INE, 2012.

Uma análise realizada a partir dos dados da Encuesta de la Salud de 2006 já identificava um padrão de consumo considerado saudável para os idosos. Navarro e Moncada (2011) determinaram a qualidade da dieta espanhola segundo o índice de alimentação saudável²⁷ e na distribuição por idade nos idosos são os que encontramos um melhor resultado. Valores mais elevados de alimentação saudável (38,8%) e de necessita de mudanças (60,6%) e apenas 0,5% pouco saudável. Podemos comparar com os adultos jovens, de 16 a 24 anos, no qual os valores alcançam 6,2% de alimentação saudável, 78,2% necessitam de mudanças e 15,6% pouco saudável.

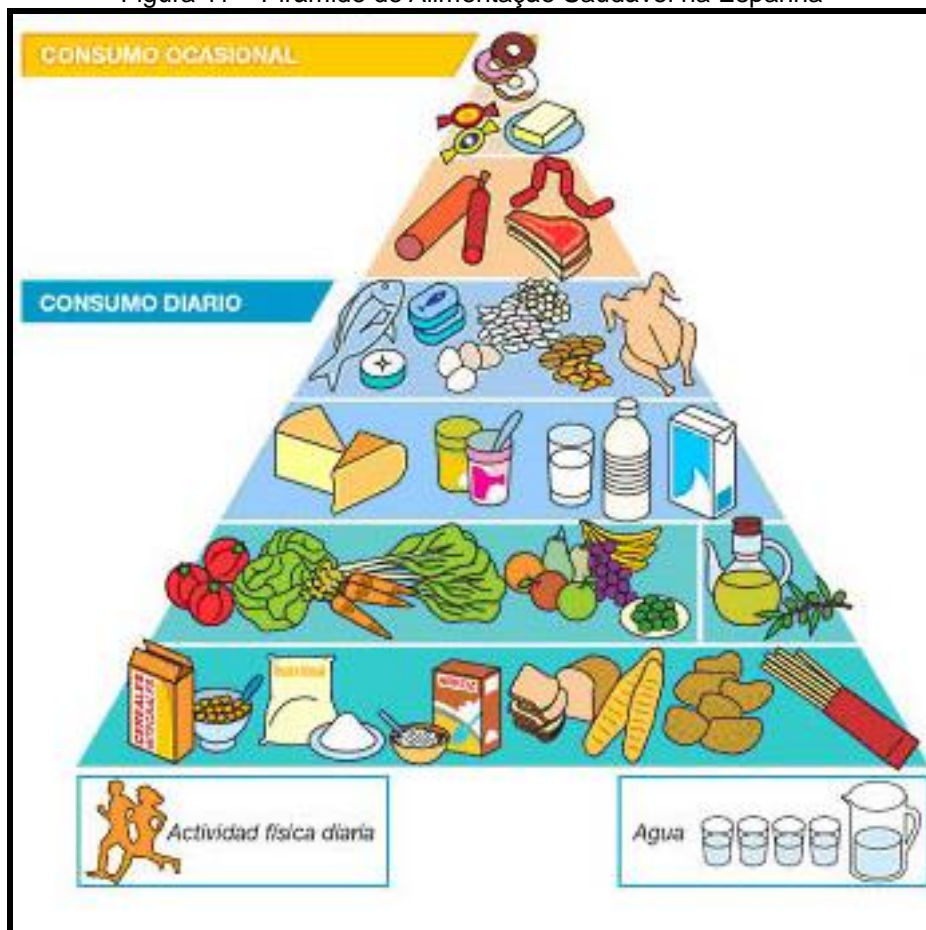
²⁷ O índice de Alimentação Saudável (IASÉ) é composto de 10 variáveis (cereais e derivados; verduras e hortaliças; frutas; leite e derivados; carnes; leguminosas; embutidos; doces e refrescos com açúcar e variedade da dieta), construídas a partir dos indivíduos que responderam ao questionário de consumo e as recomendações das guias alimentares (SENC, 2004). A pontuação máxima é 100 pontos e definidas 3 categorias: alimentação saudável - >80 pontos; necessita de mudanças - 50-80 e pouco saudável - <50.

3.3 Proposições governamentais para alimentação saudável

Os primeiros guias alimentares referidos para a população espanhola não foram editados por uma instituição governamental.

A iniciativa pioneira foi da Sociedade Espanhola de Nutrição Comunitária (SENC), organização criada em 1989 com o objetivo de estudar o estado nutricional da população espanhola. A primeira edição data de 1995, com patrocínio da OMS e traz informações sobre a situação nutricional, define os objetivos nutricionais e divulga um guia alimentar sob a forma de uma pirâmide, utilizando como modelo a pirâmide americana desenvolvida pelo Ministério da Agricultura, em 1992. Em sua mais recente edição (2004), elaborada por um conjunto de peritos do campo da Nutrição, representando instituições acadêmicas e de serviços de saúde, se propõe a ampliar o âmbito de um guia e justifica que incorpora não somente o consumo de alimentos, mas inclui guias para compra, conservação e preparação dos mesmos, cardápios para cada dia e conselhos sobre seguridade alimentar do local. A alimentação saudável é entendida como *“el conjunto de consejos para lograr una nutrición sana, pilar de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sino también segura, exenta de riesgo para la salud.”* Para a orientação de consumo propõe a pirâmide da alimentação saudável, apresentada a seguir na figura 11 e no capítulo referente ao envelhecimento propõe uma pirâmide adaptada para maiores de 70 anos (ver figura 12).

Figura 11 – Pirâmide de Alimentação Saudável na Espanha



Fonte: SENC, 2004.

Figura 12 – Pirâmide para indivíduos acima de 70 anos na Espanha



Fonte: SENC, 2004.

No âmbito governamental, a instituição responsável pelas questões referentes à Alimentação e Nutrição é a *Agencia Española de Seguridad Alimentaria y*

Nutricional (AESAN)²⁸. Trata-se de um órgão autônomo vinculado ao Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Igualdad. Criada em 2001, inicialmente denominada Agência Espanhola de Segurança Alimentar, tinha como objetivo garantir uma alimentação segura, do ponto de vista sanitário, com a perspectiva de que “*los ciudadanos ... tegan confianza plena en los alimentos que consumen y dispognan de información adecuada para tener capacidad de elección*”. Em 2006, inclui o termo nutricional em seu nome e incorpora as funções de “*proporcionar la salud en el ámbito de la nutrición y en especial en la prevención de la obesidad*”. Segundo as fontes consultadas, a Agencia atua de forma integrada com o Ministerio de Agricultura, Alimentación y Meio Ambiente, o Ministerio de Economia e Competitividad e os governos das Comunidades Autônomas. Desenvolve atualmente dois programas principais: Estrategia NAOS (*Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad*)²⁹ e o programa PERSEO (*Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio, contra la obesidad*)³⁰.

A estrutura organizacional da agência é composta de um Conselho Diretor e um Comitê Científico, com 20 membros, nomeado para um mandato de 24 meses renováveis. Em uma análise do perfil de formação do atual Comitê³¹, nomeado em 21 de março de 2013, podemos observar a ausência de profissionais com formação nas chamadas Ciências Humanas e Sociais Aplicadas. Majoritariamente seus membros possuem formação nas chamadas Ciências Biológicas (sete na área de

²⁸ As informações referentes a AESAN estão disponíveis no site <www.aesan.msc.es>. Também foi consultada a legislação específica da Agência (Lei 11, de 05 de julho de 2001; Real Decreto 709, de 19 de julho de 2002 e Lei 44, de 29 de dezembro de 2012). Destaco que recentemente, em 17 de janeiro de 2014, a AESAN passou por nova reformulação, passando a ser denominada AECOSAN (Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición).

²⁹ A estratégia NAOS, criada em 2005, visa sensibilizar a população do problema que a obesidade representa para a saúde e impulsionar todas as iniciativas que contribuam para a adoção de hábitos de vida saudáveis, principalmente através da alimentação e da prática de atividade física. Seu escopo de ação é toda a população mas menciona um foco nas crianças e jovens.

³⁰ O programa PERSEO, também criado em 2005, possui parceria com o Ministerio de Educación. Visa promover hábitos alimentares saudáveis e estimular a prática de atividade física entre os escolares (de 6 a 10 anos), para prevenir a obesidade e outras enfermidades. É um estudo amplo e um conjunto de intervenções “*simples*” nas escolas, que pretendem envolver as famílias e atuar junto ao restaurante a ao entorno escolar para “*facilitar la elección de las opciones más sanas*”. É um programa piloto desenvolvido em 67 escolas de Andalucía, Canarias, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Murcia, Ceuta y Melilla, alcançando cerca de 14.000 alunos.

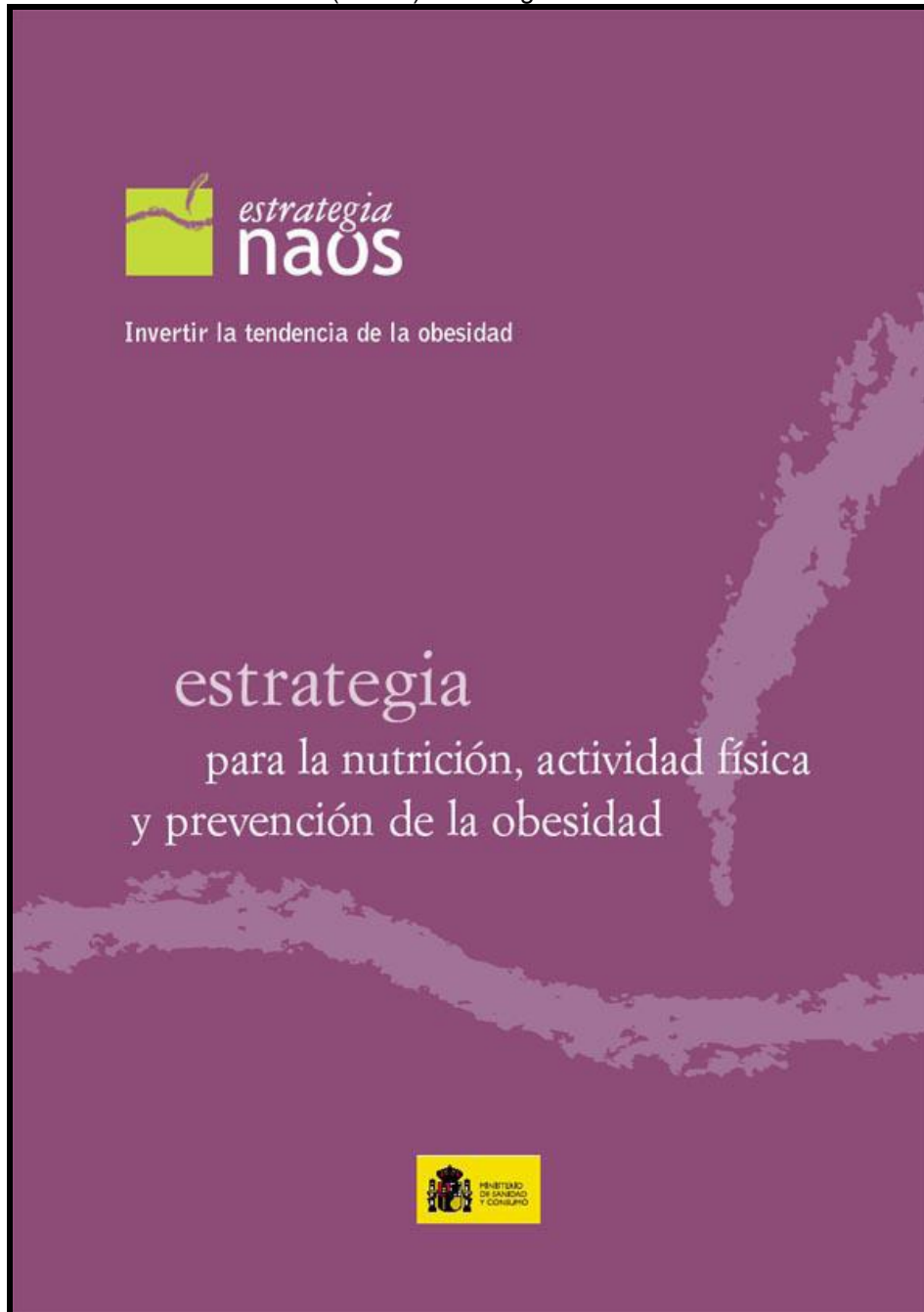
³¹ Para a análise do perfil de formação foi considerada as áreas de conhecimento do CNPq, disponível em: <<http://www.cnpq.br/documents/10157/186158/TabeladeAreasdoConhecimento.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

Farmácia e seis na Biologia) e da Saúde (três em Medicina). Também encontramos três membros das Ciências Agrárias (Veterinária e Agronomia) e um membro nas Ciências Exatas e da Terra (Química). As linhas de pesquisa têm como foco a área de Ciência e Tecnologia de Alimentos e algumas poucas referências à área Clínica (dieta/obesidade e nutrigenômica) e à área de Saúde Coletiva (Epidemiologia Nutricional). Assim, como já mencionada a ausência de profissionais do campo das Ciências Humanas e Sociais também merece referir a ausência de alguma linha de pesquisa que aborde a temática dos aspectos socioculturais da alimentação. E por fim também merece ser mencionada a inexistência de representação das comunidades autônomas. O Comitê concentra seus membros nas comunidades de Madrid e Valência e várias comunidades não contam com representação, incluindo quatro regiões que apresentam as maiores taxas de sobrepeso/obesidade do país (Asturias, Castilla-La Mancha, Extremadura e Murcia).

Foram identificados quatro documentos governamentais editados pela AESAN, dois correspondendo a diretrizes gerais e dois guias práticos. Não foram encontrados documentos nacionais, como existente no Brasil, do tipo manual voltado para os profissionais de saúde. Assim, foram incluídos dois documentos, de âmbito local, para fins de análise comparativa. A seguir, serão apresentados os documentos referidos:

Documento Diretriz Geral 1: Estrategia para la Nutrición, Actividad física y Prevención de la Obesidad (NAOS)

Figura 13 – Capa do documento Estrategia para la Nutrición, Actividad física y Prevención de la Obesidad (NAOS) “Estrategia NAOS”



Fonte: MSSSI, 2005.

O documento foi editado pelo Ministerio de Sanidad y Consumo – Agencia Española de Seguridad Alimentaria e Nutricional (AESAN), com o objetivo de *“mejorar los hábitos alimentarios e impulsar la práctica regular de la actividad física de todos los ciudadanos, poniendo especial atención en la prevención durante la etapa infantil”* (2005, p. 4).

Fundamentado na preocupação com o aumento da prevalência de obesidade e doenças crônicas, refere que é uma resposta à proposição da Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde.

Não possui uma lista de autores definida e informa que o trabalho é resultado de um conjunto de representantes de diferentes instituições públicas e privadas,

representantes de las distintas Administraciones (Ministerio de Educación y Ciencia y Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Comunidades Autónomas y Ayuntamientos); expertos independientes en alimentación, nutrición y actividad física; el sector privado (empresas de alimentación y bebidas, de distribución, cadenas de restauración); asociaciones de consumidores; educadores, urbanistas, publicistas y un largo etcétera (2005, p. 17)

Está organizado em quatro capítulos: Obesidade (dados e causas); Estratégia NAOS (metas e objetivos); Âmbitos de intervenção (familiar e comunitário; escolar; empresarial; sanitário) e Avaliação e monitoramento. No âmbito familiar e comunitário aponta que uma das metas é a definição de guias alimentares. A família é a primeira responsável pela transmissão de informações e deve ter conhecimentos básicos sobre alimentação saudável que permitam a elaboração de menus variados e equilibrados. Propõe uma lista de orientações que devem ser seguidas (“decálogo”) e afirma que esta tem impacto positivo no desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis:

- 1 Cuanta mayor variedad de alimentos exista en la dieta, mayor garantía de que la alimentación es equilibrada y de que contiene todos los nutrientes necesarios.
- 2 Los cereales (pan, pasta, arroz, etc.), las patatas y legumbres deben constituir la base de la alimentación, de manera que los hidratos de carbono representen entre el 50% y el 60% de las calorías de la dieta.
- 3 Se recomienda que las grasas no superen el 30% de la ingesta diaria, debiendo reducirse el consumo de grasas saturadas y ácidos grasos trans.
- 4 Las proteínas deben aportar entre el 10% y el 15% de las calorías totales, debiendo combinar proteínas de origen animal y vegetal.
- 5 Se debe incrementar la ingesta diaria de frutas, verduras y hortalizas hasta alcanzar, al menos, 400 g/día. Esto es, consumir, como mínimo, 5 raciones al día de estos alimentos.
- 6 Moderar el consumo de productos ricos en azúcares simples, como golosinas, dulces y refrescos.
- 7 Reducir el consumo de sal, de toda procedencia, a menos de 5 g/día, y promover la utilización de sal yodada.
- 8 Beber entre uno y dos litros de agua al día.
- 9 Nunca prescindir de un desayuno completo, compuesto por lácteos, cereales (pan, galletas, cereales de desayuno...) y frutas, al que debería dedicarse entre 15 y 20 minutos de tiempo. De esta manera, se evita o reduce la necesidad de consumir alimentos menos nutritivos a media mañana y se mejora el rendimiento físico e intelectual en el colegio.

10 Involucrar a todos los miembros de la familia en las actividades relacionadas con la alimentación: hacer la compra, decidir el menú semanal, preparar y cocinar los alimentos, etc. (2005, p.25).

Documento Diretriz Geral 2: Libro Blanco de Nutrición en España

Figura 14 – Capa do documento Libro Blanco de Nutrición en España (“Libro Blanco”)



Fonte: FEN e MSSSI, 2013.

O documento, lançado em 2013, visa reunir um conjunto de especialistas e informações atualizadas sobre nutrição, que sirvam para instrumentalizar os indivíduos para suas escolhas alimentares. É uma publicação realizada em uma

parceria da AESAN com a Fundación Española de Nutrición (FEN)³², e participação dos Ministérios da Agricultura e Educação.

A FEN é uma instituição de caráter privado, criada em 1996 e sediada em Madrid. Tem como objetivo central a difusão de conhecimentos em Nutrição. Afirma que sua função é a de desenvolver e coordenar estudos científicos e industriais. Aponta o paradoxo alimento natural/alimento industrializado, fazendo uma defesa do valor deste último. A perspectiva da Fundação é de colaboração e trabalho conjunto com a indústria. Sua estrutura organizacional é composta de uma Diretoria e uma equipe de Vocais, totalizando 28 membros, divididos de forma paritária em 14 membros técnicos, vinculados a instituições acadêmicas ou serviços de saúde e 14 empresários da indústria. Identificamos representantes de grandes empresas multinacionais do ramo da alimentação, como a Nestlé, Mc Donald's e Coca-Cola e empresas nacionais do ramo de laticínios, panificação, embutidos, vinhos e conservas.

Aponta a complexidade da problemática atual e o caráter multidisciplinar da alimentação e explicita que

Comer es también un placer y la resultante de una riquísima herencia socio-cultural como son los hábitos alimentarios (2013, p.13)

No entanto, apenas um técnico possui formação na área das Ciências Humanas e Sociais (psicologia). Os técnicos possuem majoritariamente a formação nas áreas Biológica e da Saúde (sete médicos, dois farmacêuticos, um biólogo, um enfermeiro). Apenas um técnico das Ciências Exatas e da Terra (químico) e um sem informação.

O documento está organizado em 9 módulos, de forma a contemplar vários aspectos em relação ao tema central da Nutrição. Inicia com um panorama da situação nutricional da população, desmembrando-a por sexo, etapas da vida, diferenças sociais e econômicas e imigrantes (I). Passa para um módulo que descreve o panorama nutricional em cada nutriente (II) e o que discute as mudanças nos hábitos alimentares (III). Depois um módulo com um panorama das patologias relacionadas à nutrição (IV) e nutrição nas instituições (V). Os próximos abordam a

³²Dados disponíveis no site <www.fen.org/es>, acesso em 15 abr. 2013.

educação (VI), comunicação (VII) e investigação (VIII). Encerra o documento com outros temas de interesse: atividade física, segurança alimentar e crise e declaração de qualidade de alimentos da União Europeia (IX).

A lista de autores inclui 103 nomes, com 66 instituições envolvidas e, assim como a composição técnica dos membros da AESAN e FEN, a distribuição por área de conhecimentos é centrada nas Ciências Biológicas e da Saúde. A grande concentração dos autores é na Medicina (33 referências) e na Farmácia (27 referências). Em oito autores encontramos a referência da Biologia e a Nutrição apenas seis autores.

Da área das Ciências Sociais Aplicadas apenas quatro autores (dois da Comunicação, um da Economia e um da Hotelaria) e nenhum da área das Ciências Humanas.

No entanto, o documento pretende ser uma referência para o País em se tratando da temática da Nutrição e destaca seu pretense carácter multidisciplinar, com seu grande número de autores.

Outro ponto para o debate é a valorização do espaço da comida no cotidiano: *“es lo que más preocupa a la mayoría de la gente la mayor parte del tiempo”* (p. 13) e a importância da informação atualizada, construída pelo conjunto de peritos, considerada fundamental para a escolha racional dos indivíduos. Uma melhor escolha é considerada como base para garantir uma população mais saudável, produtiva, que onere menos os cofres públicos e reforça a ideia de que a alimentação proporciona felicidade e prazer.

La evidencia científica nos demuestra que es fundamental que consigamos transmitir a los gobiernos, encargados del bienestar de los ciudadanos, que es precisamente en estos tiempos difíciles, en los que la actuación en salud pública es más importante que nunca; que una población sana es más productiva; que una población sana gasta menos en recursos sanitarios o que cuesta menos construir un carril bici que una Unidad de Cuidados Coronarios, por hablar únicamente del daño material y no del personal. Y que la alimentación y por ende la nutrición, sin duda, proporciona felicidad y placer, aún más importante en los momentos actuales (2013, p. 14).

Para ficar mais saudável, então, é preciso não medir esforços para seguir as recomendações técnicas, é fazer as mudanças necessárias para prevenir as doenças, o que *“lamentavelmente”* esquecemos ou não sabemos como fazê-lo.

Prevenir es algo que sólo conseguiremos cambiando nuestros hábitos; adaptando nuestra ingesta energética a nuestras verdaderas necesidades; realizando una elección de alimentos que nos aporte los nutrientes necesarios en la cantidades suficientes y realizando actividad física con regularidad. Lamentablemente, hacer todo eso es algo que se nos olvida con facilidad o quizás, muchos de nosotros nunca hemos sabido cómo hacerlo a pesar de que los expertos en nutrición y salud pública, se *empeñan* en recordarnos las consecuencias de nuestros comportamientos y la importancia de cambiarlos (2013, p. 14).

No módulo I encontramos um capítulo específico relativo à situação nutricional dos idosos. O texto discorre sobre a necessidade de atenção com o aumento da expectativa de vida e o maior número de idosos mais idosos, faixa de idade com maior vulnerabilidade, fragilidade e dependência e para a exigência de atenção individualizada, em função da heterogeneidade desse grupo e o cuidado com as dietas monótonas e deficientes, assim como o risco da desnutrição, em especial nas mulheres mais idosas e institucionalizadas. Também encontramos um rol de alterações fisiológicas e sociais, em função do processo de envelhecimento, como: baixa ingestão de líquidos; presença de doenças crônicas; elevado consumo de medicamentos (interação com nutrientes); problemas de mastigação e deglutição (saliva, prótese); constipação crônica, uso de laxantes e diarreia de rebote; incapacidades e perda da autonomia que interfere na compra, preparo e até comer; diminuição da atividade física e escassos conhecimentos e recursos financeiros de parte da população. Por outro lado, identifica como ameaças a necessidade de distinção entre envelhecimento e adoecimento; a elaboração de guias e recomendações específicas; o foco na obesidade que pode ocultar o problema da desnutrição; o cuidado com os idosos que vivem sós ou com pessoas da mesma idade. E finaliza o capítulo discutindo que o grupo de idosos é motivado, sensível, receptivo e interessado em melhorar, com fim de manter ou aumentar a saúde e mantém os hábitos tradicionais (dieta mediterrânea), inclusive com a perspectiva de serem multiplicadores desse modelo alimentar.

Um outro ponto que é importante mencionar é a temática dos guias alimentares e da dieta mediterrânea (DM) como modelo alimentar, desenvolvida no final do módulo II (*capítulo II.12 – Ingestas dietéticas de referencia. Objetivos nutricionales. Guías Alimentares*) e início do módulo III (*capítulo III.1 – Dieta Mediterránea em el siglo XXI: posibilidades y oportunidades*).

O texto sinaliza a utilidade dos guias alimentares como um instrumento educativo, no sentido de adaptar os conhecimentos científicos às mensagens

práticas que auxiliem a escolha. Servem para “*enseñar al individuo o a un grupo de personas a tener una alimentación saludable*” (2013, p. 212. Grifo nosso). E deixa clara a vinculação com a doença e o caráter de sugestão, persuasão e facilidade para as orientações propostas.

Las Guías alimentarias son un instrumento educativo que adapta los conocimientos científicos acerca de los requerimientos nutricionales y composición de los alimentos, en mensajes prácticos que facilitan a las personas la selección y consumo de alimentos saludables. Son recomendaciones que recibirá la población, a través de mensajes breves, claros, concretos, culturalmente aceptables y fundamentados en su alimentación habitual. Estos mensajes se dirigen a la población general o población sana, con el objeto de promover la salud y reducir el riesgo de enfermedades vinculadas con la nutrición (2013, p. 212).

Las guías dietéticas están orientadas hacia el individuo y, por tanto, expresadas de un **modo amable, persuasivo o a modo de sugerencia**. Se trata siempre de dar **orientaciones positivas y de cumplimiento relativamente fácil** para la población. Pueden representarse en forma de rueda de alimentos, tablas, pirámides, estructuras romboides o manzanas, si bien la forma que prevalece en la actualidad es la pirámide. (2013, p. 213. Grifo nosso).

O documento apresenta uma crítica à pirâmide americana: alguns itens que precisam de diferenciação ou especificação, como por exemplo: diferenciar a gordura “ruim” – “trans”, saturada – da “boa” em especial a monoinsaturada, tendo em vista o consumo de azeite; reforçar o consumo de pescado e a redução da carne vermelha; a inclusão da atividade física e o consumo de vinho e ainda sobre a força política de algumas indústrias de alimentos americanas que influenciam a estruturação da pirâmide, como por exemplo a indústria de laticínios. E finalmente defende o modelo nacional e o que consideram os pontos importantes para o contexto espanhol:

1. Moderación en el consumo de carne, particularmente la de vacuno y porcino.
2. Elección del aceite de oliva en lugar de otros aceites o grasas de adición.
3. Mantenimiento y promoción del consumo de frutas, verduras y pescado, aspectos muy positivos de la dieta española.
4. Utilización de productos lácteos, total o parcialmente descremados.
5. Aumento de la ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbono complejos (pan, legumbres, pasta, patatas y arroz) y reducir el consumo de azúcar y dulces.
6. Mantener la tradición gastronómica y la variedad en platos y recetas, así como el consumo moderado de vino (2013, p. 215).

A tradição gastronômica espanhola tem sua marca na chamada dieta mediterrânea. Ainda que o documento reconheça a redução de seu consumo entre

as camadas mais jovens da população a dieta mediterrânea é ainda apresentada como um modelo a ser seguido e, não somente pelo conjunto de alimentos e preparações, mas como um estilo de vida saudável. O trabalho desenvolvido por Fernández-Vergel et al (2006) em Barcelona confirma tais resultados e conclui que o padrão de alimentação identificado está distante do modelo de dieta mediterrânea tradicional, com destaque para o consumo insuficiente de hidratos de carbono, frutas, verduras e lácteos, assim como um excessivo consumo de carne vermelha.

Bonaccio et al (2012) afirmam que existem na literatura inúmeras evidências da relação entre a dieta mediterrânea e a redução de risco cardiovascular e a prevenção das principais doenças crônicas. Afirma que também já são identificados os fatores que estão ocasionando o abandono dessas práticas alimentares em favor do estilo alimentar ocidental que se caracteriza pela ingestão cada vez maior de cereais refinados, gorduras animais, carne processada, entre outros. Os autores consideram que o momento de crise económica vivenciada atualmente no país e o menor preço destes alimentos correspondem a elementos centrais nesse proceso de mudança de padrões alimentares.

O documento defende que o reconhecimento internacional pela UNESCO³³ de patrimônio imaterial da humanidade, em 2010, trouxe uma nova perspectiva a dieta mediterrânea, que soma a força biomédica à econômica e política, com a aliança potencial turístico e gastronomia.

Si unimos este reconocimiento con el prestigio que ha alcanzado la gastronomía española en la última década, y con los numerosos avances científicos de los efectos beneficiosos para la salud que tienen los alimentos que constituyen la columna vertebral de la DM estamos ante un logro histórico sin precedentes (2013, p. 225).

Em 2005, o primeiro informe publicado pelo Observatório da Dieta Mediterrânea informa que tem aumentado o consumo dos produtos mais emblemáticos da dieta, o que é importante para a Comunidade Autônoma da Cataluña, já que este setor representa a segunda mais importante atividade

³³Informações sobre o processo de reconhecimento da Dieta mediterrânea como Patrimônio Imaterial da Humanidade (UNESCO - 2010) pode ser encontrado em Representative List of the Intangible Cultural Heritage of Humanity. <<http://www.unesco.org/culture/ich/en/RL/00394>>. Acesso em 25 abr. 2013.

industrial da comunidade³⁴. Dados de 2012 indicam que a contribuição global do turismo na economia española foi de 160 milhões de euros, o que corresponde a 15,2 % do PIB³⁵.

E, por fim, os autores debatem a temática da complexidade da alimentação saudável frente a vida moderna, enumerando diferentes fatores socioculturais que dificultam ou limitam seu seguimento, que pode ser visto a seguir:

Aunque una gran parte de consumidores conocen y quieren seguir na alimentación y estilo de vida más saludables y cercanos al patrón DM, otra parte de la población se aleja de dicho patrón a causa de numerosos factores socioculturales y de estilo de vida en plena era de la globalización como: la reducción y modificación de la familia; la rotura con los hábitos alimentarios tradicionales y la mayor priorización de los alimentos precocinados; el incremento del nacking y del consumo de alimentos calóricamente densos ricos en grasas y azúcares; la menor dedicación a las actividades culinarias y la pérdida de la transmisión de la cultura culinaria; la incorporación de alimentos y costumbres “occidentalizadas” y la potente influencia de la publicidad en la selección de los alimentos; la tendencia aun a reducción de la contribución del presupuesto familiar a la alimentación; y el aumento del tamaño de las raciones de algunos alimentos. Entre otros aspectos la rápida urbanización en grandes ciudades y el abandono progresivo de la agricultura familiar de subsistencia, las largas jornadas laborales y la incorporación de la mujer al mercado laboral, así como la concepción de calidad de vida orientada al ocio han cambiado notablemente el panorama en la alimentación familiar. Como consecuencia de estos cambios y la abundante y variada oferta de restaurantes de comida rápida con alimentos saciantes, atractivos, muy asequibles económicamente, y disponibles a cualquier hora y sitio, y, por tanto, más compatibles con los ritmos actuales de vida hacen que la comida rápida tipo fast-food tienda a desplazar la DM, especialmente en los más jóvenes. (2013, p. 222).

Apresentam um modelo de pirâmide de alimentos, desenvolvida pela Fundación Dieta Mediterránea³⁶ a partir de um consenso internacional, com o propósito de estabelecer um marco comum entre os países mediterrâneos, incluída a seguir:

³⁴ Disponível em: <<http://dietamediterranea.com/wp-content/uploads/I-ODM-cast.pdf>>, acesso em 12 fev. 2014.

³⁵ Matéria veiculada na internet intitulada “Turismo aporta 160.000 millones al PIB español, según Consejo Mundial sector”. Disponível em: <<http://www.expansion.com/agencia/efe/2013/04/10/18248310.html>>, acesso em: 12 mar 2014.

³⁶ A Fundación Dieta Mediterránea é uma instituição privada, que possui como patronos e parceiros o Ministerio da Agricultura, Alimentação e Meio Ambiente; governo da Cataluña e a Prefeitura de Barcelona e várias indústrias de alimentos (vinhos, azeites, lácteos) como patrocinadores. Tem por objetivo promover estudos em torno da dieta em relação aos seus aspectos saudáveis, históricos, culinários, agrários e meio-ambientais. Maiores informações podem ser encontradas em <<http://dietamediterranea.com/>>.

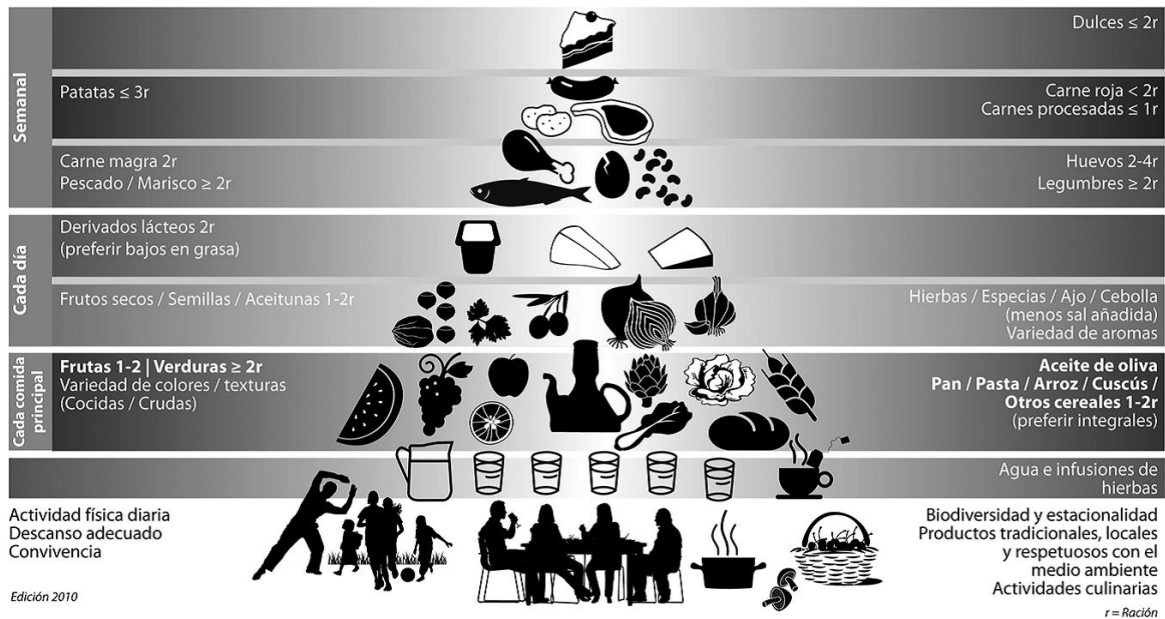
Figura 15 – Pirâmide da Dieta Mediterrânea

Pirâmide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual
Guía para la población adulta

Medida de la ración basada en la frugalidad y hábitos locales



Vino con moderación y respetando las costumbres



ICAF
International Commission on the
Anthropology of Food and Nutrition



Predimed
Prevención con Dieta Mediterránea



Fonte: Fundación Dieta Mediterránea, 2011.

E a questão do envelhecimento é novamente mencionada no capítulo referente aos alimentos funcionais. Mais uma vez, refere a relação com o tratamento de doenças e com a redução de custos e defende que buscar nos alimentos benefícios específicos é buscar um envelhecimento com qualidade de vida.

El consumidor no solo desea alimentarse bien, sino que además quiere y desea que **el alimento tenga un beneficio específico sobre su salud**. Ciertamente, el consumidor cada vez tiene más interiorizado que la alimentación es clave para envejecer con calidad de vida (2013, p. 239. Grifo nosso).

Documento Guia Prático 1: Come sano y muévete: 12 decisiones saludables

Figura 16 – Capa do documento Come sano y muévete: 12 decisiones saludables (“Come sano”)



Fonte: MSSSI, s/d.

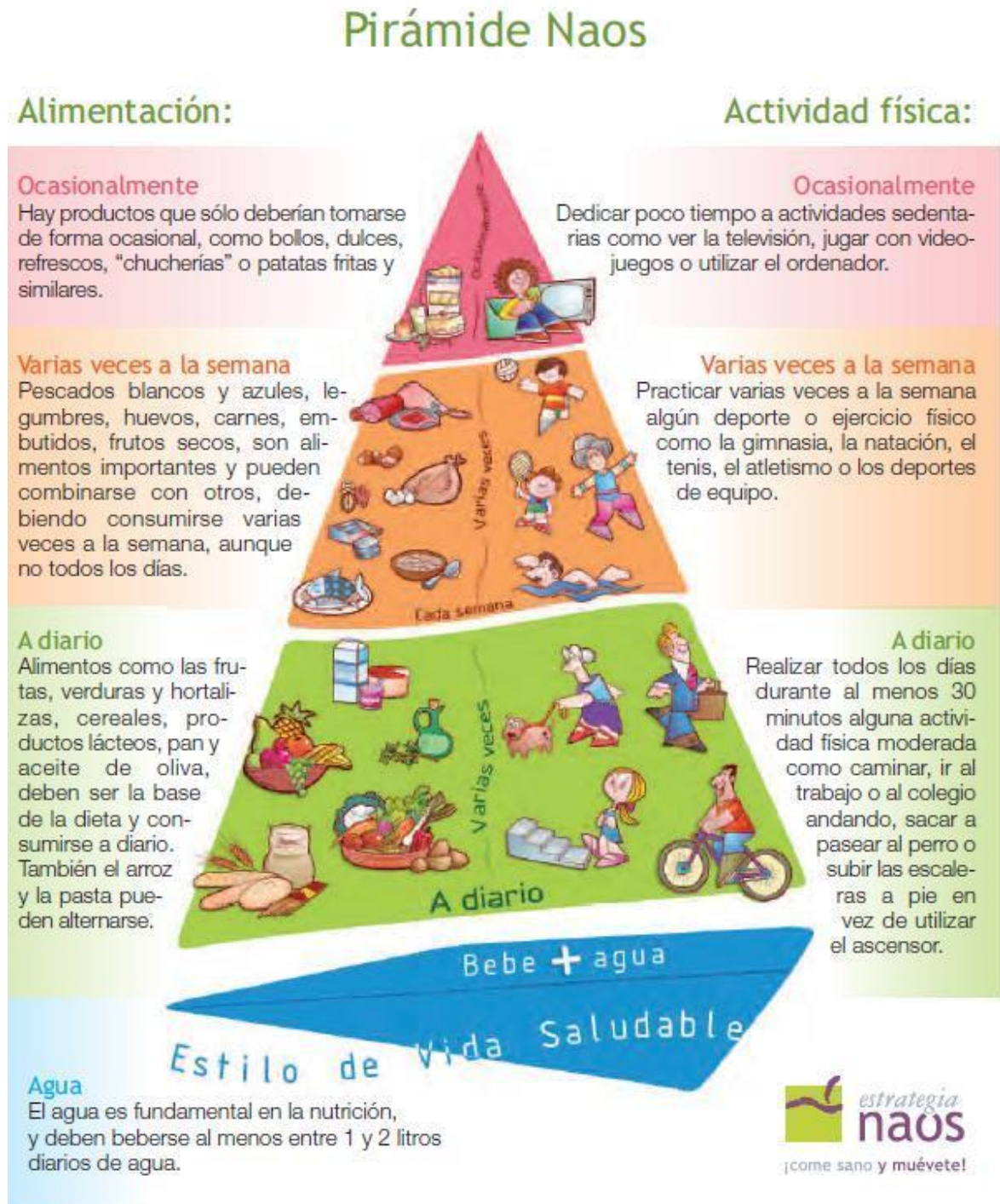
Documento editado pelo Ministerio de Sanidad y Consumo – Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutricional (MSSSI, s/d). Trata-se de um guia de alimentação saudável e atividade física com 12 “*consejos*” que foram selecionados por serem: universais (para todas as idades), nutricionalmente eficazes (fomentam uma alimentação variada e equilibrada), complementares entre si e com a atividade física, “*prácticos e fáciles de seguir*”. Tem como base a Pirâmide NAOS.

Este documento foi elaborado por um conjunto de dez autores de origem concentrada na área das Ciências da Saúde (médicos, farmacêuticos, nutricionista).

A Pirâmide NAOS é um material didático que se propõe, em uma forma gráfica e com “*simples consejos*”, orientar a frequência de ingestão dos diferentes tipos de alimentos que devem formar parte de uma alimentação saudável e a prática

da atividade física. É a primeira experiência de combinar as duas ações em um mesmo gráfico (figura 17).

Figura 17 – Pirâmide NAOS



Os “*consejos*”, títulos de cada capítulo, indicam algo a ser feito pelo indivíduo e referem, em diversos momentos, que são atitudes “*simples e fáciles*” de serem executadas.

Planificar una dieta saludable es fácil ya que conocer los valores nutritivos de los alimentos y las bases de la nutrición está al alcance de todos (s/d, p. 4).

Para cada um deles, existe um texto explicativo com informações adicionais que justificam e complementam o “conselho”. São os seguintes:

1. Come sano, es fácil
2. Despierta, desayuna
3. Vive activo, muévete
4. Haz deporte, diviértete
5. Quítate la sed con agua
6. Come “de cuchara”: los hidratos de carbono son la base
7. Toma frutas y verduras, “cinco al día”
8. Elige alimentos con fibra
9. Consume más pescado
10. Reduce las grasas
11. Deja la sal en el salero
12. Mantén el peso adecuado

Em apenas dois momentos do documento existem referências diretas às especificidades dos idosos. O primeiro em relação ao consumo de água e o segundo no uso do Índice de Massa Corporal³⁷ para avaliação de peso adequado, tendo em vista a menor massa magra neste grupo populacional.

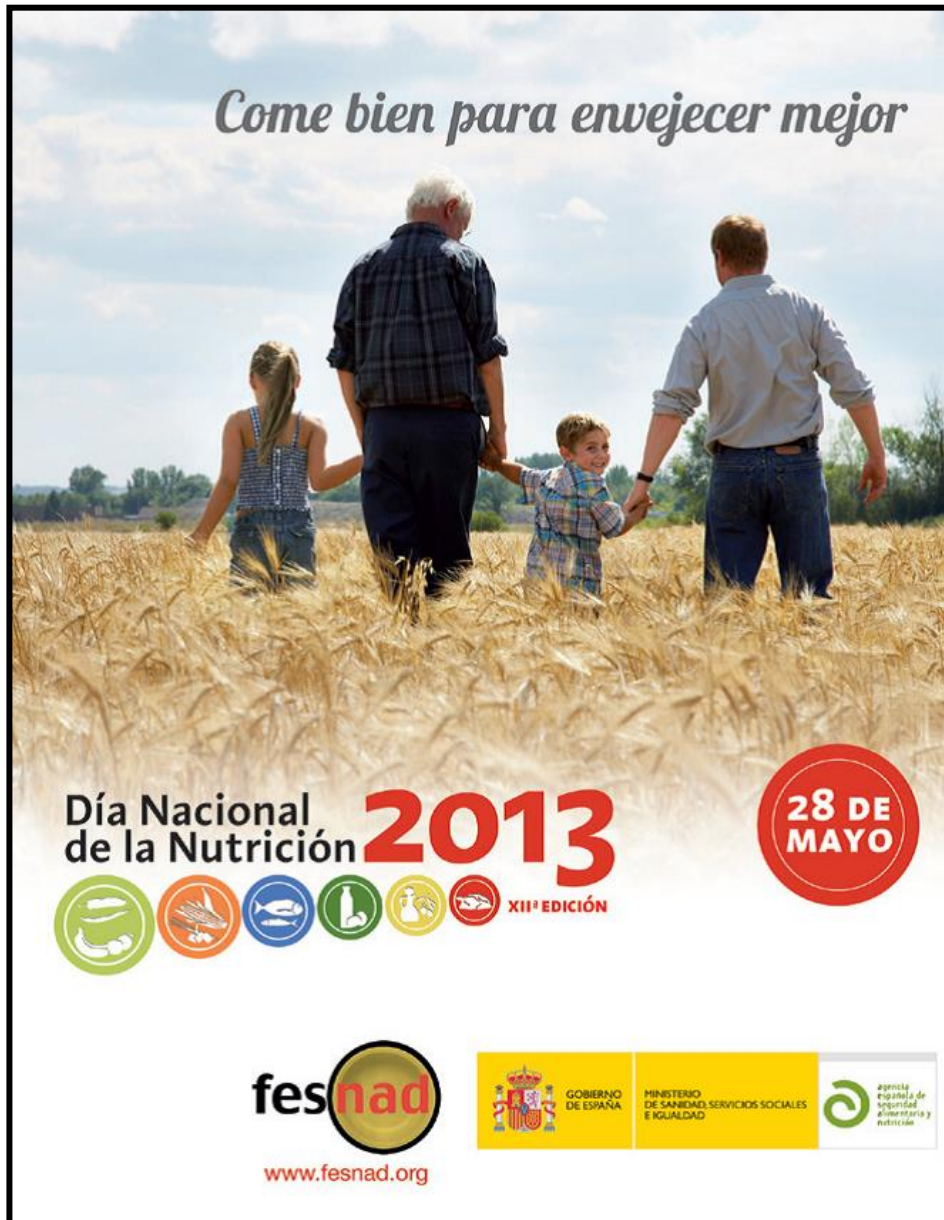
En las personas mayores, con sensación de sede disminuida, se debe prestar atención a la cantidad diaria de agua para evitar la deshidratación (s/d, p. 8).

Pero es preciso saber que el IMC no resulta tan preciso en el caso de atletas, o personas muy musculosas (los músculos pesan más que la grasa) y en personas con poca masa magra, como los ancianos, situándoles en una categoría de IMC superior aún teniendo un nivel de grasa corporal saludable (s/d, p. 15).

³⁷ O Índice de Massa Corporal (IMC) é o indicador utilizado para avaliar o estado nutricional de adultos e idosos. É calculado pela relação entre o peso dividido pelo quadrado da altura do indivíduo. Na Espanha é considerado adequado para indivíduos acima de 65 anos o valor de 23-26 (FEN e MSSSI, 2013, p.81) e no Brasil entre 22-27 (informação disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-win/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html e acesso em: 09 jun. 2014).

Documento Guía Práctico 2: Come bien para envejecer mejor

Figura 18 – Frente do documento Come bien para envejecer mejor (“Come bien”)



Fonte: FESNAD, 2013

Documento publicado por ocasião da edição do XII Dia Nacional da Nutrição, 28 de maio de 2013, evento promovido pela Federación Española das Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD)³⁸ com a AESAN.

Evento anual promovido pela entidade em que a cada ano um tema é selecionado. Neste ano, o tema escolhido foi *Come bien para envejecer mejor*. É realizado um evento e um material educativo é produzido. Trata-se de um folheto informativo direcionado à população que aborda o processo de envelhecimento populacional, com dados de expectativa e quantitativo de idosos. Defende o ponto de vista de que o estilo de vida está relacionado a longevidade. E, portanto, precisamos ter bons hábitos durante toda a vida. Afirma que os idosos praticam uma dieta mediterrânea, considerando-a como saudável e afirmando que os jovens estão se afastando dela. Assim, justifica a escolha do tema.

Não apresenta autoria definida. A organização é de iniciativa da FESNAD, AESAN e Estratégia NAOS, com colaboração de empresas do ramo da indústria de alimentos e comércio.

Está estruturado em quatro partes distintas: *Comer bien para envejecer mejor; ¿Sabías que...?; Pequeños consejos para el día a día e Refranes que apoyan la evidencia científica*. Na primeira parte encontramos a justificativa e uma discussão do tema central, articulando a alimentação, do tipo mediterrânea, e o estilo de vida individual à longevidade. Afirma que

Las personas mayores han realizado y aún realizan una alimentación de tipo Mediterránea; los jóvenes, por el contrario, se alejan cada vez más de esta pauta de dieta saludable. Probablemente éste es uno de los secretos que nos indica que debemos promover el lema: COME BIEN PARA ENVEJECER MEJOR (grifo do autor)

A segunda parte inclui uma apresentação de dados científicos sobre o envelhecimento populacional e afirmativas que ratificam a premissa de que a

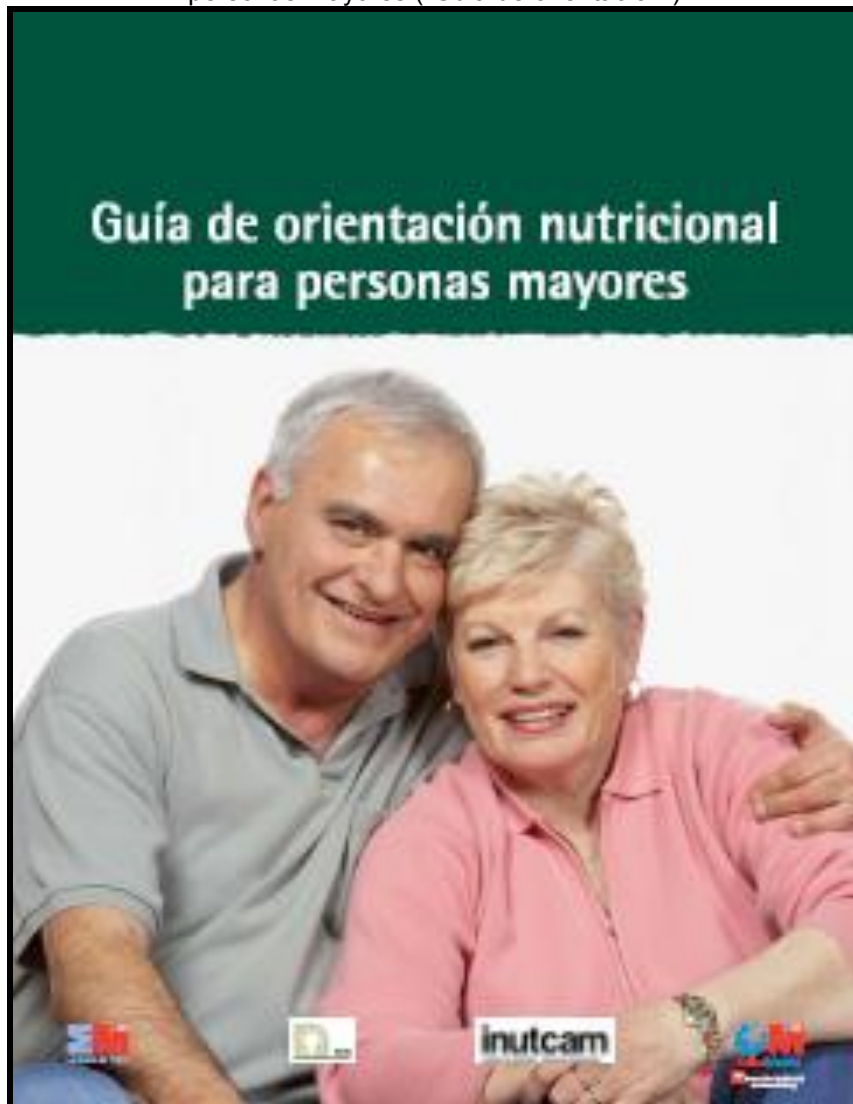
³⁸ A Federación, criada em 2002, reúne atualmente um conjunto de 10 entidades: Asociación de Enfermeras de Nutrición y Dietética (ADENYD); Asociación Española de Dietistas y Nutricionistas (AEDN); Asociación Española de Doctores y Licenciados en Ciencia y Tecnología de los Alimentos (ALCYTA); Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA); Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN); Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP); Sociedad Española de Nutrición (SEN); Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC); Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE); Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Sua missão é juntar esforços para o desenvolvimento pleno na Espanha da Nutrição, Dietética e Ciências dos Alimentos em geral. Maiores informações podem ser encontradas no site <<http://www.fesnad.org/sociedades/principal.asp>>.

alimentação contribui com a longevidade. A terceira lista um rol de “conselhos”, isto é, ações individuais que devem ser tomadas para garantir uma alimentação saudável. São prescrições (a redação inicia sempre com um verbo na primeira pessoa) pautadas em modificações alimentares. Por fim, a quarta parte traz um conjunto de crenças populares que corroboram as prerrogativas científicas apresentadas. E destacamos o forte conteúdo que atribui à alimentação saudável a longevidade e até a imortalidade.

Vida con fruta y verdura... perdura.
Fruta y camino diario para ser un centenario.
Con huerta y verdura... alejas la sepultura.
Un poco de algo y mucho tomate... no habrá quien te mate.
Tertulia, zapato y alimentación... mantienen tu corazón.
Poca cama, poco plato... Y mucha suela de zapato.

Documento Manual 1: Guia de orientación nutricional para personas mayores

Figura 19 – Capa do documento Guia de orientación nutricional para personas mayores (“Guia de orientación”)



Fonte: FEN/INUTICAM, s/d.

Trata-se de um manual dirigido aos profissionais que trabalham com idosos. Editado pela Comunidade de Madrid em parceria com a FEN e o Instituto de Nutrición e Transtornos Alimentarios (INUTCAM). Sem data de edição, é um material que pretende reunir informações necessárias aos profissionais para a realização de orientação nutricional. Versa sobre os diferentes fatores que influenciam o estado nutricional desse grupo, ingestas recomendadas de energia e nutrientes e ao final uma série de recomendações nutricionais e de estilos de vida com o objetivo de melhorar seu estado de saúde e de qualidade de vida.

Os três autores são do campo das Ciências da Saúde, acadêmicos de duas Universidades de Madrid, oriundos do Departamento de Nutrição da Faculdade de Farmácia.

Em relação aos fatores que influenciam o estado nutricional detalham os componentes biológicos e também os sociais. E neste último afirmam que é um grupo com pouco conhecimento e com dificuldades para a realização de mudanças.

la falta de conocimientos sobre lo que debería ser una alimentación equilibrada y sana; hábitos alimentarios muy rígidos con incapacidad para adaptarse a nuevos alimentos (s/d, p. 11).

As recomendações são prescrições para que os indivíduos façam mudanças na sua vida, apresentadas sob a forma de “*conselhos*”, que transcrevemos a seguir:

Los hábitos alimentarios saludables supone consumir dietas equilibradas, lo que se consigue con una amplia variedad de alimentos.
 Dentro de los grupos de alimentos, hay que tratar de elegir los que contengan mayor densidad de nutrientes.
 Una buena alimentación empieza por una buena compra. Continúe siempre que le sea posible con los hábitos de compra.
 Se debe procurar preparar la comida diariamente. Ayuda a un mejor estado nutricional, así como al estado afectivo y emocional.
 Disfrute de la comida. Dedíquele el tiempo necesario.
 Consuma alimentos “protectores”: pescado, ajos, cebollas, verduras en general, frutos secos, especias, hierbas, etc.
 Beba agua preferentemente. En su defecto, hidrátese mediante la toma de zumos, sopa, etc. Beba regularmente aunque no se tenga sed.
 No abandone la actividad física moderada a diario. Le ayudará a mantener un adecuado balance energético, y a preservar una composición corporal de “futuro”.
 Cuide su dentadura. La masticación es fundamental para conseguir una dieta variada y placentera. Elija alimentos de fácil masticación, si es necesario.
 Aumente el consumo de fibra.
 Mantenga una buena ingesta de calcio y vitamina D.
 Evitar el tabaco y el exceso de alcohol mejora la salud a cualquier edad.
 Pasee, tome el sol... no lo evite, y así ayudará a sus huesos.
 Siempre que pueda, coma en compañía, le sentará muy bien.” (s/d, p. 44)

Documento Manual 2: Taller alimentación saludable y actividad física – manual para las personas mayores – vive más e mejor

Figura 20 - Taller alimentación saludable y actividad física – manual para las personas mayores – Vive más e mejor (“Taller alimentación”)



Fonte: Generalitat de Catalunya, s/d

O documento é uma publicação editada pelo Departamento de Saúde da Comunidade da Catalunha em parceria com a Fundação Dieta Mediterrânea e apoio da Fundação “La Caixa”. Sem ano de edição, objetiva fornecer material base para a realização de oficinas com idosos inserida em uma campanha intitulada “Vive más e mejor”. O principal objetivo da oficina é, portanto, fornecer conhecimentos e desenvolver habilidades e atitudes positivas para atingir um nível de nutrição e atividade física saudável. Também prevê a formação de multiplicadores.

Seus autores tem formação no campo das Ciências da Saúde, sendo quatro médicos e um farmacêutico.

É composta por três partes: I) repercussões do processo de envelhecimento na alimentação; II) como escolher, conservar e manipular os alimentos e III) a atividade física como uma ferramenta para a saúde em qualquer idade.

A discussão sobre a alimentação e o processo de envelhecimento tem foco nas mudanças corporais e faz um paralelo com o funcionamento orgânico como uma máquina.

Para decirlo de un modo sencillo y práctico a la vez, requieren menos gasolina (energía), ya que su motor (metabolismo) quema menos; ahora bien, al mismo tiempo, el organismo sigue necesitando elementos esenciales para funcionar correctamente. Nos referimos a las vitaminas, el calcio, el hierro, el magnesio, la fibra, etc.” (s/d, p. 6-7)

A alimentação está relacionada ao aumento da qualidade de vida e a prevenção de doenças. E mais uma vez reitera a ideia de que é necessária ao corpo biológico comparado a uma máquina.

con el fin de ir proporcionando la cantidad adecuada de “combustible” al cuerpo de forma progresiva y sin saturarlo (s/d, p. 21)

Utiliza como guias alimentares a roda de alimentos – energéticos (todos os alimentos que fornecem energia, que contém grande proporção de gorduras ou hidratos de carbono em sua composição – cereais e derivados, batatas, azeite e gorduras), estruturais (aqueles formados com uma boa proporção de proteínas e participam do crescimento e restauração de tecidos – leite e derivados, carne, pescado, ovos e substitutos), reguladores (os que ajudam a regular as reações químicas e contribuem com o bom funcionamento do corpo – legumes, verduras e frutas), mistos (aqueles que podem exercer mais de uma função no organismo - leguminosas e frutos oleaginosos) e a pirâmide de alimentos para pessoas maiores de 70 anos adaptada da pirâmide de alimentação saudável (SENC, 2004). E defende o modelo da dieta mediterrânea. Por fim, lista 14 conselhos práticos:

1. Asegúrese un **consumo suficiente de proteína** (2 raciones/día [...] y **aún más si há tenido algún problema de salud ultimamente...**
2. **Reduzca de su dieta las grasas saturadas** que, em excesso, atascan nuestras arterias y afectan al corazón...
3. **Recurra a los platos tradicionales...**
4. Consuma **grasas buenas para el corazón...**
5. **Evite** el consumo excesivo de **mantequilla y manteca**, [...], así como las **margarinas y la bollería (pastelería industrial)** [...] También debe moderarse el consumo de productos que contienen em su composición **grasas vegetales si son aceites de palma y de coco**.
6. Cuanta **más variedad** haya en la mesa, mayor probabilidad hay de obtener el equilibrio em la alimentación. Escoger los **alimentos más nutritivos** [...] y **evitar la monotonía** son la clave.

7. **Consumir fibra** [...] La fibra es muy beneficiosa: limpia el intestino como una escoba y **puede ayudarnos a prevenir el estreñimiento y distintas enfermedades.**
8. **Para manter los huesos flertes**, es preciso un consumo adecuado de **calcio e vitamina D...**
9. **Beber agua a intervalos regulares**, aunque no se tenga sede [...] **6 a 8 vasos de agua al día** [...] ¡Se aconseja colocar la botella de agua a la vista!
10. **Coma lentamente, masticando bien los alimentos**, y dé el tiempo necesario para comer (mínimo 20-30 minutos) ¡Comer puede ser un enorme placer, y mucho mejor si es em companhia!
11. **Modere** su consumo de **azúcar y alimentos ricos em azúcar** (pasteles, helados, dulces, bebidas azucaradas etc.), ya que nos atiborran y **impiden que comamos alimentos saludables y más nutritivos.**
12. **Modere** su consumo de **sal e alimentos salados** (la mayoría de platos preparados) [...] Es conveniente utilizar poca sal ao cocinar, y no dejar el salero em la mesa, **sobre todo si se tienem problemas de hipertensión arterial.**
13. Se toma habitualmente **vino, cava, cerveza (com alcohol)**, limite el **consumo a 1 o 2 vasos diarios.** ¡El abuso de alcohol nos **quita llas ganas de comer, hace trabajar mucho el hígado, puede interaccionar com muchos medicamentos y puede perjudicarnos su memoria!** Es mejor evitar las bebidas destiladas o de alta graduación, puesto que poseen un mínimo interés nutricional.
14. Si su alimentación es insuficiente o sufre una enfermedad de crônica, seria preciso **consultar el médico** sobre la necesidad de consumir **suplementos vitamínicos.** (s/d, p.22 a 29, grifo do autor).

4 INDIVÍDUO, DOENÇA, HOMOGENEIDADE, HIGIENE E NUTRIÇÃO NA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA IDOSOS: ANÁLISE DAS PROPOSIÇÕES DA AGENDA PÚBLICA BRASILEIRA

4.1 Alimentação e Nutrição: aproximação e afastamento

Alimentação e *Nutrição* são palavras utilizadas no dizer cotidiano como sinônimos, sendo difícil sua diferenciação. Tal fato pode ser atribuído à forte inter-relação entre elas, mas é necessária a reflexão sobre diferentes aspectos envolvidos em cada um desses termos, quando tomados como conceitos. É impossível separá-los, ao mesmo tempo em que é impensável considerar que são iguais.

Podemos partir da discussão sobre o modelo de racionalidade que se instaura com a revolução científica do século XVI. O nascimento da ciência moderna privilegia os conhecimentos oriundos da esfera da natureza e estrutura o pensamento e o conhecimento em pares opostos: indivíduo/sociedade; razão/emoção; corpo/alma; natureza/cultura. A ciência da Nutrição constrói sua matriz a partir das ideias do natural, do biológico, do regular, da objetividade, do quantificável. Por outro lado, a Alimentação, como campo científico, vincula-se ao âmbito da cultura, do simbólico, do sociológico, da subjetividade, às Humanidades (SANTOS, 1988; CAMARGO JR, 2005; CANESQUI, DIEZ-GARCIA, 2005; HERNÁNDEZ, GRACIA-ARNAIZ, 2005).

Tomando o trabalho de Prado et al. (2011), podemos refletir sobre o comer. A busca pelo alimento, a sua ingestão é um ato biológico, relacionado a “vencer a fome”, manter a vida e garantir a sobrevivência da espécie. Para além do ingerir, a ciência moderna traz a ideia do nutrir. O corpo é uma máquina. Precisa de energia e nutrientes para que seus órgãos e sistemas funcionem de maneira adequada. A ciência da *Nutrição* privilegiou seu desenvolvimento na identificação do que devemos e precisamos ingerir, para diferentes fases da vida e estados patológicos. Quais nutrientes e em que quantidades são necessários para manter o corpo em atividade biológica normal e livre de doenças.

Para la medicina y la nutrición, el hombre sólo se há nutrido durante mucho tiempo de glúcidos, de lípidos y de prótidos; sólo tenía necesidad de vitaminas, de sales minerales y de aminoácidos esenciales. En definitiva: comía nutrimentos, no alimentos (FISCHLER, 1995, p. 16).

Nesse sentido, são definidas as recomendações nutricionais: RDA (*Recommended Dietary Allowance*) ou DRI (*Dietary Reference Intakes*). Sua primeira edição data da década de 40, pelo governo dos EUA, a partir de parâmetros biomédicos e definem a quantidade de energia e nutrientes para 97 a 98% de indivíduos saudáveis, em diferentes faixas etárias. Saudáveis sendo entendido como não doentes. Após sua décima edição, já no final da década de 80, houve um intenso debate sobre sua estruturação. Altera-se a denominação para DRI, mas a fundamental mudança reside na incorporação da questão da prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis e, portanto, da perspectiva do risco ou probabilidade de adoecimento. Segundo Padovani et al. (2006, p.743),

Tanto na abordagem individual, quanto na estimativa de prevalências de carência no âmbito populacional, a resposta se dá por meio de riscos, ou probabilidades, de adequação ou inadequação.

Atualmente, e a partir de conhecimentos advindos do campo das Ciências Humanas e Sociais, um novo desenho para esse espaço da ciência vem se construindo e a *Alimentação* entra em cena. É entendida na inter-relação entre a necessidade biológica e outras necessidades advindas da cultura (CANESQUI; GARCIA, 2005), da sociedade e da vida subjetiva. O que comemos precisa ser considerado em relação ao nosso conjunto de crenças, aos gostos que aprendemos, ao que é socialmente considerado comestível, permitido, adequado e o que não deve ser consumido em situações de doença ou estados fisiológicos e os ciclos de vida (como a infância, a gravidez, a amamentação, a velhice). O comer nessa perspectiva deve ser considerado em sua complexidade, na qual inúmeros significados, sensações, lembranças, enfim, um vasto referencial simbólico relaciona-se às práticas. É elemento fundamental na organização social e, portanto, importante na construção e reconstrução de identidades individuais e sociais (CARVALHO; LUZ; PRADO, 2011). Fischler (1995) e Fischler e Masson (2010) utilizam o princípio da incorporação, pois para os autores através da alimentação “o mundo penetra o eu”, não apenas pelos nutrientes que serão incorporados às

células, mas também pelos aspectos simbólicos que penetram nas identidades individuais.

É indiscutível, todavia, a hegemonia da perspectiva fundada na matriz nutricional, nas necessidades e recomendações de ingestão de nutrientes. Especialmente, quando se trata da sua relação com a *Saúde*.

4.2 *Saúde*: processo e projetos de felicidade

A *Saúde* pode ser entendida tradicionalmente a partir da perspectiva biomédica como a simples “ausência de doença” ou, em um contexto abstrato de idealização, perfeição, plenitude, como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, como definido, inicialmente em 1947 e reiterado no final da década de 70, pela Organização Mundial da Saúde/OMS (PAHO, 1978). Segundo Almeida Filho, esse é um ponto cego das Ciências da Saúde em geral e da Saúde Coletiva, em particular, que se mantém bio-médico-clínico e não contribui para a compreensão do “*que é, como se mede e como se promove ‘essa tal de saúde’*” (ALMEIDA FILHO, 2011, p.6).

Sfez (1996), em seu livro “A Saúde Perfeita”, aborda esse conceito enfatizando as novas utopias do homem: a perfeição e a imortalidade. Conhecer o corpo, os germes, os genes e utilizar toda tecnologia possível para evitar todo e qualquer tipo de doença. Segundo o autor “*Purificação orgânica ou purificação genética, é uma coisa só. Saúde perfeita e utopia realizada*” (p. 63). Para Sfez, hoje temos uma relação intermitente com a Medicina, buscando curar o mal que nos aflige. Na perspectiva da “Grande Saúde”, teremos uma relação permanente, total. Os corpos serão mapeados, aperfeiçoados e vigiados todo o tempo, visando uma sobrenatureza imortal.

Serge e Ferraz (1997) consideram que a concepção de *saúde* da OMS remete a uma construção idealizada de perfeição, a um bem-estar e felicidade que se colocam externos ao indivíduo, como se não fizessem parte do homem as dificuldades, dúvidas, medos e incertezas no enfrentamento de sua vida. Os autores propõem a utilização do conceito de *saúde* como “*um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade*” (p. 542).

Segundo Almeida Filho (2000), saúde e doença são vistos no mundo biomédico como situações polares, opostas, positivo e negativo. Identifica um claro desinteresse em investimentos relativos a reflexões sobre o conceito de *saúde*, que permanece situado no âmbito da construção de um modelo-ideal (saúde física, intelectual, espiritual, emocional, social), ao mesmo tempo em que vigora enorme concentração de esforços no sentido de produzir modelos biomédicos de patologia, fundados em lógica centrada no indivíduo. Sua crítica coloca que tais modelos são *“incapazes de fazer justiça à complexidade dos processos concretos relativos à vida, saúde, aflição, sofrimento, dor, doença, cuidado, cura e morte que ocorrem em agregados humanos históricos”* (p. 7).

Coelho e Almeida Filho (2002) argumentam que esse significativo investimento teórico em abordar a *saúde* como a ausência da doença é resultado da influência da indústria farmacêutica e de uma certa *“cultura da doença”*. Consideram a necessidade de se compreender a saúde na interação das suas diferentes dimensões biopsicossociais, aí incluído o contexto socioeconômico, político, histórico e cultural; e entendem que não procede relacioná-la à imposição de regras e normas para o bem viver, no qual o indivíduo deve admitir que todo e qualquer afastamento a elas é um risco e pelo qual deve ser sempre responsabilizado.

Mais recentemente, o debate incorpora a compreensão de que a *saúde* deve ser vista não como um estado, mas como um processo, um *“quê fazer frente a necessidade de reacomodar-se continuamente, inerente ao estar vivo”* (AYRES, 2007, p. 50) que implica na perspectiva de construção de um projeto de vida e de felicidade.

A experiência da saúde envolve a construção compartilhada de nossas idéias de bem-viver e de um modo conveniente de buscar realizá-las na nossa vida em comum. Trata-se, assim, não de construir objetos/objetividade, mas de configurar sujeitos/intersubjetividade (AYRES, 2007, p.50).

O termo felicidade utilizado por Ayres (2007) refere-se a uma ideia reguladora, um valor construído em experiências concretas e fundamentais para a vida. Encontra-se relacionada a uma série de condições materiais e espirituais e que, sendo reconhecida como bem, busca-se preservá-la. Portanto, um projeto de felicidade move e identifica as pessoas em seu existir concreto e deve funcionar como pano de fundo para a reflexão sobre as práticas de saúde na perspectiva dos

profissionais, serviços, programas e políticas. A direção das intervenções deve estar “apontada pelos projetos de felicidade dos destinatários de suas ações” (p. 57).

4.3 Velho, idoso, terceira idade: da fragilidade ao novo consumidor

A discussão sobre o envelhecer é recente na literatura. O clássico “A velhice”, de Simone de Beauvoir, foi publicado em 1970. Apresenta um levantamento extenso sobre como essa etapa da vida é vista na história, na política, na literatura em diferentes culturas e períodos. Trata-se de texto marcado por uma visão “negativa” sobre a *velhice*, entendida como uma “fatalidade”, um processo inelutável expresso através de termos como “declínio”, “involução”, “abandono”, “tristeza”, “revolta”, “tristeza.

A velhice é um outono, rico em frutos maduros; é também um inverno estéril, do qual se evocam a frieza, as neves, as geadas. Tem a serenidade das belas noites. Mas a ela também é atribuída a tristeza sombria dos crepúsculos (BEAUVOIR, 1990, p. 258).

Beauvoir afirma a existência de uma “conspiração do silêncio”, ausência de discussão, negação, invisibilidade em relação à *velhice*, o que se percebe pela inexistência e programas de TV e rádio, estudos, livros, espetáculos para os velhos, como existem para crianças e adolescentes. Nessa mesma linha, argumenta que não há ritos de passagem para a velhice, como em outras etapas da vida que a delimitem e, portanto, seu começo é mal definido. Ao relacionar as alterações e doenças advindas do envelhecimento do corpo ao mundo social e cultural, conclui que a velhice prevalece na esfera privada. O indivíduo tem que administrar os efeitos da idade ao seu organismo. No capítulo referente à análise sobre a vida cotidiana a autora afirma que

os que escapam à miséria e ao desconforto têm que administrar um corpo que se tornou frágil, predisposto à fadiga, frequentemente deficiente ou tolhido por dores. Os prazeres imediatos lhes são interditados, ou avaramente dosados: o amor, a mesa, o álcool, o fumo, o esporte, a caminhada (BEAUVOIR, 1990, p. 550).

E, de forma contundente, afirma que a *velhice*, e não a morte, é que pode ser considerada o oposto da vida. É preciso mudar a vida, reinventar, apostar em novos caminhos. Conclui Simone de Beauvoir que a velhice deveria ser

um momento da existência diferente da juventude e da maturidade, mas possuindo seu próprio equilíbrio e deixando aberto ao indivíduo um grande leque de possibilidades (p. 664-665).

As décadas de 1980 e 1990 tomaram caminho oposto. Foi o momento de visibilidade do envelhecimento. Os campos da Geriatria e da Gerontologia se desenvolvem e o que anteriormente era tratado na esfera privada torna-se objeto da vida pública, um problema social e de Estado.

É necessário conhecer o número de idosos, as alterações fisiológicas do processo de envelhecer, identificar o perfil e as peculiaridades das doenças e consequências em termos de incapacidades, dependência e uso dos serviços de saúde e pensar em recursos materiais como profissionais qualificados, serviços e políticas para esse “novo” contingente populacional (VERAS, 1994; CHAIMOWICZ, 1997). Inúmeros estudos em diferentes áreas de conhecimento e distintas perspectivas de análise foram publicados.

Siqueira; Botelho; Coelho, em uma revisão realizada em 2002, identificam trabalhos construídos a partir de viés biologicista e comportamentalista, voltados para a “*decrepitude física ocasionada por fenômenos degenerativos naturais do organismo*” (p. 901), para as múltiplas patologias, para os gastos dos serviços de saúde para atender as demandas.

De foco econômico são os estudos que situam os velhos dentro da estrutura social produtiva, discutindo como a sociedade enfrentará os gastos demandados por esse público, por exemplo, com a previdência social.

Um outro conjunto de pesquisas de cunho sócio-culturalista trouxe uma crítica importante às vertentes anteriores. Uma representante destas abordagens é a antropóloga Guita Debert (1999a, 1999b, 2007). A autora considera que é inadmissível pensar a *velhice* como uma categoria natural e homogênea, mas construída socialmente, da mesma forma que as ideias de infância, juventude e adolescência o foram (ARIÉS, 1981). Afirma que ao mesmo tempo em que foram propostas políticas de proteção, como a aposentadoria, há nos dias atuais uma *reprivatização da velhice*, ou seja, ela é de responsabilidade individual, ainda que

transformada de etapa de perdas para um lugar de conquistas. São os diferentes especialistas e, em geral, os gerontólogos, que assumem o papel de protagonismo nesse processo de reprivatização da velhice. Com elemento desse contexto, segundo Peixoto (2007), não é mais utilizado a palavra velho, que traz em si uma conotação negativa e passa-se a utilizar o termo idoso, que simboliza os “*velhos respeitados*”, bem como, a expressão terceira idade correspondendo aos “*jovens velhos*”, ativos e consumidores. Aos indivíduos da terceira idade cabe a responsabilidade de manter a juventude, expressa em cuidados com o corpo, com a saúde, com a mente. A juventude é um valor e está associada não a um recorte etário, mas a um estilo de vida. A *velhice* pode ser, assim, eternamente adiada. Os idosos transformam-se em um novo nicho de mercado, compram de tudo, de alimentos, medicamentos, suplementos, roupas e serviços (cursos, academias de ginástica, clínicas de estética, cirurgias). Da decadência ao envelhecimento ativo. Como afirma Debert (1999a),

Disciplina e hedonismo se combinam na medida em que as qualidades do corpo são tidas como plásticas e os indivíduos são convencidos a assumir a responsabilidade pela sua própria aparência (p. 21).
A visibilidade alcançada pela velhice é, antes, um compromisso com um tipo determinado de envelhecimento positivo (p. 23).

E ainda podemos acrescentar palavras da mesma autora quando lista as novas práticas propostas:

novo elenco de formas de manutenção corporal, envolvendo comidas saudáveis, vários tipos de ginástica, vitaminas e uma parafernália de remédios também a indicar claramente como “os que não se sentem velhos” devem comportar-se (p. 65).

Groisman (2002) também defende essa perspectiva que concebe a velhice convertida em matéria de interesse público, ganhando espaço na mídia e, por conseguinte, criando demanda por especialistas e serviços especializados. Valoriza a ideia da heterogeneidade e singularidade do envelhecer, tanto na perspectiva do corpo biológico quanto da vida de relação, das condições e contextos sociais. E acrescenta, dialogando com Canguilhem (1995) que as alterações, as dificuldades na *velhice* são cada vez menos tolerados. Devem ser patologizadas, medicalizadas, revertidas. O aparato científico deve ser responsável por normalizar o envelhecimento e gerir a *velhice*.

Este autor discute o que deve ser pensado como o normal, que para a perspectiva da ciência, da Medicina moderna, refere-se ao funcionamento regular a partir de parâmetros de normalidade por ela estabelecidos, a um estado ideal e questiona:

Mas será que se deve considerá-lo normal porque é visado como fim a ser atingido pela terapêutica, ou, pelo contrário, será que a terapêutica o visa justamente porque ele é considerado como normal pelo interessado, isto é, pelo doente (p. 48)?

Canguilhem (1995) entende que o homem normal é um ser normativo, que busca instituir todo o tempo novas normas. A busca pelo ideal, pelo habitual não é privilégio ou exclusividade da Medicina e de seus correlatos na instauração das inúmeras “regras” estabelecidas a partir do conhecimento científico. Em sua abordagem sobre a Fisiologia, discute as variações individuais, as definições de limites e parâmetros, o normal que se relaciona às normas que o organismo vai criando para se ajustar, se equilibrar. Para o autor o normal está cada vez mais distante da ideia de conformidade para a de uma idealização externa, definida “fora” do indivíduo. Não é a Fisiologia que determina o que o homem pode alcançar, mas o homem é que indica a superação ou criação de novas normas. Nas palavras do autor

a fisiologia tem mais a fazer do que procurar definir objetivamente o normal: deve reconhecer a normatividade original da vida. O verdadeiro papel da fisiologia, suficientemente importante e difícil, consistiria então em determinar exatamente o conteúdo das normas dentro das quais a vida conseguiu se estabilizar, sem prejudicar a possibilidade ou a impossibilidade de uma eventual correção dessas normas (p. 69).

Muitas vezes é preciso respeitar novas constantes fisiológicas que passam a compor a nova ordem do sujeito. São inovações fisiológicas. São novas constantes que garantem a nova ordem.

Refletir sobre a questão da alimentação e o processo “normal” de envelhecimento implica discutir possíveis modificações fisiológicas, novas normas construídas, no diálogo com a perspectiva de Canguilhem. A diminuição da acuidade visual, alterações do paladar e olfato, dificuldades na mastigação, alterações na função digestiva, menor sensibilidade à sede, limitações físicas (força, coordenação, equilíbrio) para a realização das tarefas de compra, pré-preparo e preparo de

alimentos (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELLAS; 2000; HERNÁNDEZ; GRACIA-ARNAIZ, 2005) podem ser consideradas exemplos de novas normas que o organismo humano vai criando para buscar sua normalidade, que como afirma Canguilhem (1995) “*a vida é polaridade dinâmica e a fisiologia é a ciência dos ritmos estabilizados da vida*” (p. 82).

Não menos importante podemos também considerar os aspectos relativos à situação econômica e arranjo familiar: a perda nos rendimentos em decorrência da aposentadoria, a dependência econômica dos filhos ou tornarem-se chefes de família, a ausência do poder decisório do que comem em função da família ou a condição de morar só.

Segundo os dados da última Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios 2009 (IBGE, 2010b) a situação dos idosos melhorou, a participação na renda cresceu em função de ganhos de aposentadoria, pensão e advindos do trabalho e o número de idosos chefes de família aumentou. Isso demonstra uma inversão da tradicional relação de dependência do idoso.

A mesma pesquisa demonstra um aumento do número de homens (de 5,4 em 1992 para 7,5% em 2009) e mulheres (6,2 em 1992 para 8,9% em 2009) que vivem sós, sem especificar a faixa etária. Nos idosos há referência na literatura que o fato de morar só está relacionado a uma desmotivação e desinteresse com a alimentação, podendo desencadear omissão de refeições, consumo elevado de “beliscos” e alimentos prontos industrializados e aumento da frequência de alimentação fora de casa. Como afirmam Hernández e Gracia-Arnaiz (2005)

Entre las personas mayores, especialmente entre aquellas que viven solas, las recientemente enviudadas, e independientemente de su estado de salud, se observa una tendencia a negligir su dieta y caer en un deterioro nutricional (p. 303).

No contexto cultural, os gostos e as preferências alimentares relacionam-se a diferentes significados simbólicos: infância, festas, reuniões familiares, encontros de amigos são experiências que deixam marcas nas identidades individuais e sociais. Mintz (2001) faz uma revisão sobre a temática e afirma que

Difícilmente outro comportamento atrai tão rapidamente a atenção de um estranho como a maneira que se come: o quê, onde, como e com que frequência comemos, e como nos sentimos em relação à comida. O comportamento relativo à comida liga-se diretamente ao sentido de nós

mesmos e à nossa identidade social, e isso parece valer para todos os seres humanos (p. 1).

4.4 Proposições relativas à alimentação saudável para idosos no Brasil

A temática da Alimentação Saudável no âmbito da agenda pública brasileira³⁹ se insere no âmbito da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), atualmente denominada Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN). A coordenação, órgão do Ministério da Saúde, estrutura e fundamenta as ações no campo da *Alimentação e Nutrição*, em todas as esferas de atribuição governamental do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2008).

A Política de Alimentação e Nutrição foi publicada em 1999 (Portaria nº 710) e suas primeiras ações tiveram como foco o público materno-infantil, com a instituição do Programa Bolsa Alimentação⁴⁰ e ampliação do Programa de Suplementação de Vitamina A. Para a população adulta, a primeira medida só ocorre em 2006, com a publicação do “*Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a Alimentação Saudável*”⁴¹. Foi publicado na linha editorial Normas e Manuais Técnicos, com uma tiragem de 45.000 exemplares e encontra-se disponível na Internet. Utilizou como fundamentação o documento “*Análise da Estratégia Global Para Alimentação Saudável, Atividade física e Saúde*” (OMS, 2004).

A publicação foi fruto de um amplo debate promovido pela CGPAN, incluindo etapa de consulta pública, com participação da sociedade civil, envolvendo órgãos internacionais, instituições de saúde governamentais, universidades, entidades de

³⁹ O termo agenda será utilizado no presente artigo apoiado em Kingdon (1984). O autor define agenda como lista de assuntos e problemas sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele concentram sua atenção num determinado momento. Em especial, utilizaremos a que denomina agenda decisória ou política, isto é, uma atenção que gerou proposições concretas no âmbito da política pública.

⁴⁰ Programa de complementação de renda, instituído em 2001, para a melhoria da alimentação de crianças de seis meses a seis anos e onze meses, em risco nutricional; gestantes e nutrízes. Cada família cadastrada tem um cartão magnético para retirada mensal do valor de R\$15,00 por beneficiário até o limite de 3, com duração de seis meses, podendo ser renovada, desde o responsável cumpra uma “agenda de compromissos”. Os beneficiários são assistidos por um agente de saúde do programa Saúde da Família. (BRASIL, 2002b)

⁴¹ Este documento será identificado como “*Guia Alimentar*” ao longo deste texto.

classe, organizações não-governamentais e Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição⁴². É um texto dirigido para pessoas envolvidas na saúde pública e famílias, com destaque aos profissionais de saúde da atenção básica e formuladores e implementadores de ações de governo.

Suas diretrizes são definidas no sentido de promover sistemas alimentares saudáveis e consumo de alimentos saudáveis, com o objetivo de reduzir a ocorrência de doenças causadas por deficiências nutricionais, para reforçar a resistência orgânica a doenças infecciosas e para reduzir a incidência de doenças crônicas não-transmissíveis para a população brasileira maior de dois anos (crianças, adolescentes, adultos e idosos). Apresenta nove diretrizes, uma para refeições, seis para os grupos alimentares e duas especiais para atividade física e qualidade sanitária dos alimentos.

A partir do “*Guia Alimentar*”, um outro documento de cunho mais prático ou operacional foi elaborado: “*Os dez passos para alimentação saudável*”. A versão destinada ao público idoso, em nada difere do proposto para os adultos. Propõe: número de refeições a serem realizadas por dia; quantidades de diferentes grupos alimentares e água; indicação de práticas relacionadas à prevenção de doenças, como atividade física e a restrição de bebidas alcoólicas e fumo⁴³.

Em 2010, a CGPAN publica “*Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde*”.⁴⁴ O documento, com uma tiragem de 35.000 exemplares, tem como objetivo oferecer subsídios aos profissionais de saúde com relação às orientações para a alimentação saudável à pessoa idosa e sua família. O documento é de autoria de duas docentes de uma universidade federal brasileira, com revisão técnica de profissionais da CGPAN e da área técnica da Saúde do Idoso do Ministério da Saúde.

Reiteramos que os documentos apresentados “*Guia Alimentar*”, “*Dez Passos*” e “*Manual*” se propõe a nortear as ações de alimentação saudável para toda população idosa, de qualquer situação socioeconômica, em todo o território

⁴² Os centros colaboradores foram instituídos em 1994 com o objetivo de prestar apoio técnico científico à CGPAN e tem a função de apoiar as ações em alimentação e nutrição nos estados e municípios. São estruturados pelas cinco regiões geográficas do país e atualmente perfazem sete centros (dois na região nordeste e sudeste).

⁴³ Este documento será identificado como “*Dez passos*” ao longo deste texto.

⁴⁴ Este documento será identificado como “*Manual*” ao longo deste texto.

nacional. É nosso objetivo no presente artigo tomar esses documentos, como material de análise, para uma reflexão de quais sentidos e significados⁴⁵ se inserem no construto alimentação saudável na agenda pública.

4.5 Sentidos e Significados da Alimentação Saudável para idosos na agenda pública

Um primeiro foco de análise indica que esses documentos privilegiam a **perspectiva individual**, com forte componente ascético e de controle sobre o corpo.

Sfez (1995) em sua análise sobre o modelo de saúde norte americano defende que “*o controle sobre o corpo não é um assunto técnico, mas político e moral*”. Esse modelo parte da premissa de que o indivíduo é o único responsável por suas decisões e o que se espera dele é a criação de uma nova disciplina, de uma moral do bem-comer.

Característica da modernidade, encontramos a primazia do individualismo. Dumont (1985) ao estudar o sistema de castas da Índia observou como a ideia de indivíduo é subordinada ao todo e à hierarquia. Entende que nas sociedades tradicionais, holistas, o valor está na totalidade e cada indivíduo é responsável pela ordem global. Nas sociedades modernas ocidentais a noção de indivíduo é dominante. O valor está no indivíduo e a sociedade é o meio para satisfazer suas necessidades, com uma constante busca de liberdade, singularidade e auto-responsabilidade. Norbert Elias (1989), também coloca em foco a perspectiva da crescente valorização do indivíduo na sociedade moderna, em seu agir orientado pela razão e pelo controle das emoções e dos comportamentos à mesa. Assim, os contextos sociais e culturais são colocados sob a égide da história de vida individual

⁴⁵ Sentidos e significados aqui serão utilizados na perspectiva de buscar identificar elementos, questões centrais, conceitos-chave que são construídos coletivamente em um determinado contexto sócio-histórico e cultural. Segundo Costa (2001) “*o sujeito é uma realidade psíquica histórico-cultural e não “algo” invariável no tempo e no espaço*” (p1). Os sentidos são formados a partir dos valores que atribuímos às nossas escolhas e, ao valorar e justificar, criamos sentidos para nossos atos. Os significados são construções que permeiam o imaginário social, como imagens mensageiras de sentidos coletivamente produzidas (CARVALHO; LUZ, 2009; PAULILO; JEOLÁS; 2005)

ou como nos diz Ulrich Beck somos convocados a buscar “*soluções biográficas para contradições sistêmicas*” (p. 2).

Em relação ao ascetismo podemos dialogar com Weber (2004), em sua análise sobre a ética protestante e o espírito do capitalismo, onde os prazeres mundanos devem ser evitados e ao indivíduo cabe disciplina, austeridade, moderação, perseverança, temperança, prudência, virtuosidade. As orientações relativas a alimentação pressupõe esse modelo de indivíduo. Essas características estão na dimensão da moral e da religião. O indivíduo tem uma obrigação moral com as coisas terrenas, deve usar a razão e não a emoção na condução de sua vida.

E nessa imposição ascética se articula ao controle sobre a vida, o biopoder, como afirma Foucault (1999). É a pretensão de propor estratégias de controlar a vida, em todas as esferas, não só em espaços de confinamento, como as escolas, presídios, hospitais (perspectiva disciplinar), mas também na regulamentação da vida e da alimentação, nesse cenário específico de análise, com um conjunto de regras a serem seguidas.

A construção das diretrizes do “Guia Alimentar” para orientação à população é estruturada em frases normativas e prescritivas, do tipo “faça isso”, “não faça aquilo”. Verbos em tempo imperativo como “consuma”, “diminua”, “valorize”, “escolha”, “coma”, “coma mais”, “coma pelo menos”, “reduza”, “consuma não mais que” sinalizam que as regras precisam ser cumpridas e o controle deve ser feito pelo indivíduo.

Os documentos apostam na prescrição e na responsabilização do indivíduo por sua mudança de comportamento. As verdades científicas são transformadas em “diretrizes” e “passos”, que devem ser seguidos. São apresentadas sob a forma de frases prescritivas e normativas, do tipo “faça isso”/“não faça aquilo”.

Faça pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições (BRASIL, 2006).
Não abusar da adição de açúcar, sal e pimenta, nem do uso de enlatados, embutidos e doces (BRASIL, 2010, p.16).

Nessa construção discursiva, a perspectiva que se apresenta para o indivíduo é a de seguir as regras colocadas, o que se alia a uma construção moral cristã. A ciência parece tomar para si o papel tradicional ocupado pela religião, que buscava impor suas leis em detrimento do pecado e do temor da consequência na vida

espiritual. Os “Dez passos” nos remete aos “dez mandamentos” (Texto bíblico Êxodo 20), aos “12 passos rumo à salvação” (Igreja Universal do Reino de Deus)⁴⁶ ou aos “dez passos” de cura proposto pela Irmandade Sociedade dos Alcoólicos Anônimos⁴⁷.

Os pilares da vida cristã baseiam-se em três virtudes teológicas: a fé, o amor e a caridade e em quatro virtudes cardeais: justiça, prudência, temperança e fortaleza. Elas estão relacionadas à busca da perfeição humana, sendo que as primeiras são sobrenaturais, ou seja, concedidas por Deus e as segundas são adquiridas, “*nos ajudam a bem agir, a fugir do pecado, a vencer as tentações*”⁴⁸. Podemos afirmar que para cumprir as inúmeras regras colocadas hoje para a alimentação saudável são necessárias três dessas virtudes. Ser prudente, isto é, esforçar-se em medir todo o seu agir, conforme a consciência moral e fazer o certo. Ser moderado no uso dos bens temporais, como a comida, bebida, sexo, diversão, conforto, utilizando na hora certa, no tempo certo, na quantidade adequada. Ela é o freio de nossa alma. E por fim, ser forte, a virtude que dá a nossa vontade a energia necessária para fazer o bem, isto é, resistir às tentações, às fraquezas pessoais e se manter firme.

Cabe refletir como essas exigências se colocam para as pessoas no seu cotidiano. Os aspectos históricos e culturais do comer não tem espaço nessa perspectiva. É uma necessidade imaginar e refletir sobre como recebem, internalizam e quais consequências podem ter para a vida e para os projetos de felicidade uma ideia de alimentação saudável tão prescritiva e idealizada, que não deixa espaço para o erro, a fraqueza, o excesso.

⁴⁶ Encontramos em documento da Igreja Universal do Reino de Deus, direcionado aos fiéis, um conjunto de “regras” para participação na igreja intitulado “Dez passos rumo à salvação”. Disponível em <<http://www.iurdnet.com/2012/05/10-estudo-os-dez-passos-rumo-salvacao.html>> Acesso em: 12 abr. 2012.

⁴⁷ A Sociedade desenvolve um trabalho no qual reúne um grupo de homens e mulheres que se ajudam mutuamente para manterem-se sóbrios. Essa organização tem início nos Estados Unidos, em 1935, orientada pela concepção do enfrentamento ao alcoolismo como uma “*doença da mente, das emoções e do corpo*” e considerando que seu trabalho não conflita com a medicina ou com a religião. Propõe a cura através do seguimento de doze passos que envolvem a responsabilidade individual, uma profunda análise moral e encontro de uma força para a mudança em algo externo ao indivíduo, pautado na relação com o transcendente. Disponível em <<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/36-principios/os-doze-passos.html>> Acesso em: 12 abr. 2012.

⁴⁸ Um material sobre as virtudes cardeais pode ser encontrado em <<http://www.capela.org.br/Catecismo/cardeais.htm>>; <<http://www.catolicoorante.com.br/virtudescardeais.html>>.

Um segundo elemento de análise: os documentos têm como eixo central a **doença** e o **risco de adoecer**. O saber biomédico, com o apoio da Epidemiologia, trata do risco de adoecimento por meio de sua quantificação. Os dados objetivos, estatísticos transformam a probabilidade matemática em risco e este, em regras comportamentais.

O “*Guia alimentar*”, já na apresentação, justifica sua elaboração na perspectiva da prevenção de três grupos de doenças: crônicas não-transmissíveis, deficiências nutricionais e infecciosas.

Hoje existem evidências científicas que apontam de forma inequívoca o impacto da alimentação saudável na prevenção das mortes prematuras, causadas por doenças cardíacas e câncer. Além disso, as orientações do guia são adequadas para a prevenção de outras doenças crônicas não-transmissíveis, tais como diabetes e hipertensão, e compõem, certamente, o elenco de ações para a prevenção da obesidade que, por si só, aumenta o risco dessas e de outras doenças graves (BRASIL, 2005, p. 9).

E, na parte 3, apresenta em detalhes o panorama epidemiológico brasileiro. Apresenta os dados de consumo alimentar disponíveis no Brasil e as evidências científicas, utilizando os critérios propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de evidências convincentes, prováveis, possíveis e insuficientes. Estas fundamentaram as orientações do guia e, em consequência a estruturação dos “Dez passos”.

Ilustramos com alguns trechos do documento:

No Brasil, as farinhas de trigo e milho são fortificadas com ferro e ácido fólico (veja no rótulo do alimento); esses nutrientes ajudam a prevenir anemia e outras doenças. Use-as para preparar pães, bolos ou outras receitas em sua casa. (BRASIL, 2005, p.109)
O consumo freqüente e em grande quantidade de gorduras, açúcar e sal aumenta o risco de doenças como obesidade, hipertensão arterial, diabetes e doenças do coração (BRASIL, 2005, p.75)

Já o “Manual” propõe: um conjunto de “*medidas práticas para o preparo e o consumo dos alimentos, que podem contribuir para promover mais prazer, conforto e segurança durante as refeições diárias da pessoa idosa*” (BRASIL, 2010, p. 7). A doença encontra-se velada e obscurecida, mas, essencialmente, presente através da apresentação e descrição em detalhes dos “*Dez passos*” conforme anteriormente aludido e um forte componente de prevenção de doenças infecciosas, que será posteriormente aprofundado.

Castiel (2010) critica a abordagem pautada em “fatores de risco” ou “marcadores” que se propõem a predizer a morbi-mortalidade futura. Considera que o risco relacionado à probabilidade de algo ocorrer pode ser entendido de forma subjetiva, intuitiva, como uma incerteza que não se submete à medição de forma puramente racional; além disso, o risco não deve ser visto como uma entidade autônoma, que independe dos “*complexos contextos socioculturais nos quais as pessoas se encontram*” (p. 25). Nem sempre este risco é facilmente identificado, mas a força de sua presença e o tom de ameaça está subjacente ao discurso que o menciona.

Observe-se que, a partir da perspectiva do controle racional de riscos diversos pode-se estender a longevidade humana; criar uma gama de serviços, produtos e especialistas a serem todos cada vez mais consumidos; definir diferentes regras comportamentais, na perspectiva da prevenção e da promoção de saúde que, em última análise, sustentam e reforçam conteúdos morais. Se administrar o risco é tomar decisões pensando racionalmente em ganhos e perdas, indaga o autor, o que isso significa no terreno de viver/morrer humanos?

Essa indagação reflete a preocupação exacerbada, que o mundo ocidental persegue na atualidade, com a procrastinação da morte e dos sinais do envelhecimento – paradoxo cruel em uma época em que grupos populacionais atingem altos níveis de longevidade (...) a fuga dos riscos se tornou sinônimo de estilo de vida sadio, ‘pleno’ de temperança, prudência, gestão ponderada dos riscos, quando esses não puderem ser sumariamente evitados... (p. 29).

As questões importantes que aqui se colocam dizem respeito ao tamanho do poder que a ciência se atribui para normatizar a vida humana e se esse poder científico não se tem colocado no espaço do viver e do adoecer de forma abusiva.

Nessa perspectiva, a alimentação saudável se insere em um contexto medicalizador, característico da construção e manutenção da vida sem doença, a ser alcançado por meio de um conjunto de regras que, se cumpridas, propiciam o estado de *normalidade*.

Canguilhem (1995) critica essa posição: esse *normal* que se coloca como algo que se encontra conforme a regra definida pelo campo da Saúde. Afirma que na maior parte dos casos, esse *normal* está mais associado à ideia de regularidade, algo a ser alcançado como fim da terapêutica, que se aproxima de um tipo ideal. Como afirma o autor: “o estado normal designa ao mesmo tempo o estado habitual

dos órgãos e seu estado ideal, já que o restabelecimento desse estado habitual é o objeto usual da terapêutica” (p. 96).

Retomando o risco das doenças infecciosas colocado no “Manual” e que também se insere no “Guia alimentar” como uma diretriz especial, abrimos uma nova frente de análise: a valorização da **higiene**, trazendo a alimentação saudável relacionada à segurança do ponto de vista sanitário. O alimento, o corpo, a cozinha, tudo deve ser controlado. Afinal, nesta perspectiva, a comida é para o indivíduo que vive para não ficar doente.

O ambiente onde as refeições são preparadas precisa estar limpo (BRASIL, 2010, p. 16).

Esta é uma medida importante para evitar a contaminação dos alimentos por sujidades presentes nas mãos. A orientação sobre o correto procedimento de **higienização das mãos e cuidados com as unhas**, que devem ser mantidas curtas e limpas, pode garantir bons resultados, quando essa prática é realizada com atenção (BRASIL, 2010, p. 18, grifos do autor). Não se deve deixar o alimento resfriando por muito tempo antes de consumir para evitar que ocorram condições favoráveis para o crescimento de bactérias ou produção de toxinas que provocam doenças (BRASIL, 2010, p. 20).

Por segurança, lave, esfregue as frutas, os legumes e as verduras. Higienize muito bem esses alimentos, mesmo aqueles que não são consumidos com casca (BRASIL, 2005, p.108)

Uma comida e uma cozinha estéreis, que parecem remeter a ideia do ambiente hospitalar... Segundo Corbeau (2005) o comer no ambiente hospitalar é organizado pelos quatro “S”: Saúde Pública, Saúde, Serviço e Sabor. No primeiro está inserida exatamente a preocupação com a “*esterilidade do lugar*”. O autor alerta que é raro sentir em um hospital cheiro de temperos ou de assados. Mais que manter a higienização das mãos, é necessário manipular alimentos, utensílios, equipamentos com atenção, caso contrário, não há como garantir bons resultados. Os maus resultados são, portanto de responsabilidade dos indivíduos desatentos, assim, moralmente julgados e corretamente punidos com as doenças às quais fazem jus.

Mary Douglas (s/d) discute a temática da higiene no contexto da ordem e da disciplina. Afirma que a sujeira absoluta não existe; ela está nos olhos de quem a vê. Nosso horror à sujeira, à impureza, aos germes não é apenas para evitar doenças, mas um ritual que ajuda a criar ordem na vida das pessoas. Os interesses simbólicos que permeiam o discurso da higiene se afinam ao controle do corporal e social.

Como se pode perceber, o germe é um inimigo a ser evitado e a higiene prevalece sobre a história de vida, sobre a cultura e o contexto social. A moral sanitária deve servir para controlar as práticas de alimentação. O indivíduo é desta forma, destituído de sensações, gostos, vaidades, história, lembranças:

A área de preparo deve estar livre de objetos desnecessários, como os decorativos (BRASIL, 2010, p. 18).

Outro ponto ser considerado para análise é a visão do **processo de envelhecer** e do **ser idoso**, marcada pela homogeneidade, no documento em questão. O idoso é sempre o mesmo identificado como frágil, doente; aquele que não toma decisões, não faz escolhas, não cuida de sua própria alimentação. Justifica as diferenças apenas na perspectiva biológica:

Os diferentes ritmos de envelhecimento ajudam a explicar a razão pela qual, ao se fazer uma comparação entre duas pessoas que têm a mesma idade em anos, uma aparenta estar mais jovem ou em melhores condições físicas ou mentais que a outra (BRASIL, 2010,p. 9).

Aparte o “detalhe” de se mencionar que um indivíduo pode ser mais “jovem” que outro e não o contrário, o que corresponde a uma forma de negação da velhice, exclui-se da discussão a subjetividade, a percepção singular sobre o próprio processo de envelhecer e os aspectos sociais e culturais que o cercam. E, por esse caminho, até mínimos detalhes são objeto de controle na velhice decrépita:

Quando há contraste de cor entre talheres, prato e toalha de mesa, a pessoa idosa terá mais facilidade para identificar esses utensílios, conferindo-lhe maior autonomia no ato de comer. É indicada, principalmente, para quem já apresenta declínio de visão ou da capacidade mental ou limitação na coordenação motora. As toalhas de mesa devem ser preferencialmente com uma única tonalidade de cor, sem estampas ou bordados (BRASIL, 2010,p. 23).

Vários autores valorizam a importância de pensar o processo de envelhecer na perspectiva da diversidade, alertando para o grave problema das generalizações frequentemente presentes, em especial, no estabelecimento de regras e condutas dirigidas aos velhos (NERI, 2007; TEIXEIRA; NERI, 2008; MORAES et al., 2010).

O envelhecimento é uma experiência heterogênea, isto é, que pode ocorrer de forma diferente para indivíduos e coortes que vivem em contextos

históricos e sociais distintos. Essa diferenciação depende da influência de circunstâncias histórico-culturais, de fatores intelectuais e de personalidade e da incidência de patologias durante o envelhecimento normal (NERI, 2007: 30).

Um último ponto a ser considerado é a primazia da **Nutrição**, do caráter científico atribuído à ideia de alimentação saudável presente nos documentos em questão. Está intimamente relacionada à valorização/desvalorização de alimentos e nutrientes: de um lado os que devem ser evitados (gordura de carnes, açúcar, sal, pimenta, enlatados, embutidos, doces) e de outro os que devem ser preferidos (leite e derivados desnatados, óleos vegetais, frutas, legumes e verduras, cereais integrais). Assim, os nutrientes são necessários ao corpo – numa perspectiva biologicista e naturalizante da alimentação que, por seu turno, é eminentemente cultural e social – para que este funcione adequadamente e sem doenças.

A alimentação saudável deve fornecer água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais, os quais são insubstituíveis e indispensáveis ao bom funcionamento do organismo (BRASIL, 2006, p.23). Frutas, legumes e verduras são ricos em vitaminas, minerais e fibras, e devem estar presentes diariamente em todas as refeições e lanches, pois evitam a prisão de ventre, contribuem para proteger a saúde e diminuir o risco de várias doenças (BRASIL, 2010, p.26).

Na perspectiva desses documentos, os alimentos são meros veículos de nutrientes e outros aspectos não são considerados: o alimento disponível, comprado, ganho do vizinho ou do amigo, pego no quintal, que dá força, que sustenta, que dá prazer, que reúne a família, que se come só, que integra as comemorações. Gracia-Arnaiz; Commelles (2007) afirmam que a lógica biomédica, que aí se sobressai, dominando o texto, pretende substituir motivos simbólicos, identitários, econômicos ou hedonistas por referenciais unicamente dietéticos. Segundo as autoras, é exigida uma “*verdadeira competência dietética*” das pessoas. Em outras palavras, a partir dessa lógica, são criadas normas e regulações que conclamam o indivíduo a cuidar de si, imputando-lhe culpa se não o fizer. De um lado, é esperado desse indivíduo um senso crítico. Mas, de outro, podemos considerar que parecem ser tão numerosas as regras que conduzirão à vida eterna sem doenças, quanto são os novos produtos e as estratégias de *marketing* colocados à disposição desses mesmos indivíduos; agora vistos como *consumidores*, encontram-se cercados por uma miríade de símbolos cada vez mais

fortes e poderosos associados a “produtos alimentícios” a oferecer-lhes felicidade sem fim.

Delgado (2007) na sua tese de doutorado “Memórias de velhos trabalhadores aposentados” discute as práticas de saúde e, em especial da alimentação em suas relações com identidade e pertencimento a grupos sociais. Em suas entrevistas, identificou uma crítica aos hábitos “dos jovens” e a exaltação aos hábitos “antigos”, desafiando o saber médico atual. Os alimentos, para além dos nutrientes, falam de um “outro tempo”. A gordura de porco, verduras, inhame, café com garapa são citados como aliados da boa alimentação. Em sua análise acrescenta: “*A força, a simplicidade, a profundidade atribuída aos alimentos, são qualidades de um grupo, de um lugar, de um tempo*” (p. 142).

Imbassahy; Prado; Amorim (2006) encontraram resultados semelhantes em sua experiência com narrativas de idosos. Nas falas, a alimentação relaciona-se ao matar a fome, a sustança, ao prazer em saborear, à vontade, ao alimento disponível. E de outro lado afirmam que nutrição diz respeito a uma alimentação equilibrada, tecnicamente normatizada, a dieta. Um lugar que não tem espaço nem para as gorduras nem para os açúcares. Myriam Lana, uma idosa narra o prazer em comer e questiona o saber médico.

Será que alguém há mais de meio século, atrás, procurava uma orientação para alimentar-se sadiamente? Alimentar-se bem, sem prejudicar a saúde? Qual nada! [...] Costelinha de porco! Costelinha frita! [...] Que coisa! Tão gostosa! Néctar dos deuses! O prazer, de que a gente gozava, chupando aqueles ossinhos até ficarem brancos, brancos – nem me falem (p. 17).

Além disso, manter um corpo saudável significa manter-se em proporções adequadas. Um corpo máquina que pode ser manipulado, consertado, aprimorado. Distante das imprescindíveis reflexões sobre a relação do corpo biológico e cultural (RODRIGUES, 2006; LE BRETON, 2011a,b), destacamos um trecho do documento que ilustra essa perspectiva situada dentro dos padrões estabelecidos pela ciência nutricional: *planejar as refeições do dia de modo a favorecer o fornecimento adequado de nutrientes ao corpo, manter o peso saudável* (BRASIL, 2010:16).

Não podemos deixar de registrar a existência de referências que sinalizam o olhar para a alimentação, sensível aos aspectos culturais que a compõe. No referencial teórico do “Guia alimentar” encontramos o trecho a seguir:

uma vez que a alimentação se dá em função do consumo de alimentos e não de nutrientes, uma alimentação saudável deve estar baseada em práticas alimentares que tenham significado social e cultural (...) Os nutrientes são importantes; contudo, os alimentos não podem ser resumidos a veículos deles, pois agregam significações culturais, comportamentais e afetivas singulares que jamais podem ser desprezadas (BRASIL, 2005, p. 15).

Mas na definição da Diretriz 1 – Os Alimentos Saudáveis e as Refeições – a recomendação para as famílias é “*valorize a sua cultura alimentar e mantenha seus bons hábitos alimentares*” (p.41), o que sugere que a cultura deve ser preservada, desde que avaliada e considerada adequada frente aos ditames da ciência. Essa questão fica mais explícita na Diretriz 4 – Feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteínas – pois refere uma preparação típica da cultura brasileira:

Feijoada e outros pratos feitos com feijão e carnes gordas, embutidos, toucinho e outros tipos de carnes têm alto teor de gordura saturada e de sal, o que não é saudável; consuma esse tipo de preparação ocasionalmente (BRASIL, 2005, p.110).

E ainda quanto ao controle dos doces.

Evite bolos, biscoitos doces, sobremesas e doces como regra da alimentação. Coma-os menos que três vezes por semana... Refrigerantes, bebidas industrializadas, doces e produtos de confeitaria contêm muito açúcar e favorecem o aparecimento de cáries, além de sobrepeso e obesidade, e não são nutritivos. Evite o consumo diário desses produtos e explique às crianças e aos adolescentes que esses alimentos não são saudáveis, podendo ser consumidos apenas eventualmente, em ocasiões especiais (BRASIL, 2005, p.112-113)

Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação. Coma-os, no máximo, 2 vezes por semana (BRASIL, 2006)

Não abusar da adição de açúcar, sal e pimenta, nem do uso de enlatados, embutidos e doces (BRASIL, 2010, p.16).

A questão do doce é emblemática na realidade brasileira. Gilberto Freyre (1997) aborda que a tradição portuguesa e a agricultura de cana de açúcar, desde o tempo da colonização, possibilitou a criação de diferentes receitas e o desenvolvimento do gosto por essas preparações. E Câmara Cascudo (1983) também destaca a importância do doce e os papéis simbólicos desempenhados socialmente.

Era a saudação mais profunda, significativa, insubstituível. Oferta, lembrança, prêmio, homenagem, traduziam-se pela bandeja de doces (...). O doce visitava, fazia amizades, carpia, festejava (p.333).

Oliveira (2013), em seu trabalho historiográfico sobre a indústria e a tradição culinária no Brasil, dedica um capítulo ao doce na cozinha nacional. Afirma que

Viajantes que relataram suas experiências no Brasil fazem menção ao doce, ora estranhando a quantidade excessiva de açúcar, como o fez Jean-Baptiste Debret no início do século XIX, ora elogiando o sabor ou a apresentação, revelando também gostos pessoais balizados pelo padrão cultural dos diferentes países de origem. Entretanto, nesses relatos é possível identificar um traço comum: a relevância do doce na sociedade brasileira (p.50).

Já no “Manual” há menção à necessidade de se respeitar a cultura regional. No entanto, destacamos que não há um aprofundamento ou explicitação desses aspectos na proposição de diretrizes ou orientações. Toda a complexidade da cultura fica restrita a não mais que um simplificado regionalismo.

5 HOMOGENEIDADE, CONTROLE E RISCO NA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA IDOSOS: ANÁLISE COMPARATIVA DAS PROPOSIÇÕES DAS AGENDAS PÚBLICAS BRASILEIRA E ESPANHOLA

5.1 Alimentação e velhice no Brasil e Espanha

A velhice pode ser definida como uma etapa da vida, um fato universal e natural, atrelado ao ciclo biológico do ser humano. No entanto, também precisa ser considerada como um fato social e histórico, pois existem diferentes formas de conceber e viver o envelhecimento nos diferentes contextos sociais. O recorte etário ou o próprio entendimento do viver essa etapa é arbitrado cultural, histórico e socialmente (DEBERT, 2007).

Simone de Beauvoir quando da edição do seu livro chama a atenção e aborda a velhice como uma fase negativa, de perdas, fragilidades, doenças (BEAUVOIR, 1990). Hoje viver o envelhecimento é transformar essa etapa de perdas em etapa de conquistas, de novos projetos, de novas possibilidades e ocupar o lugar de ator político e de consumidor na sociedade moderna, o que Debert denomina de reprivatização da velhice, ou seja, é a responsabilidade individual de manter a juventude, expressa em cuidados com o corpo, com a saúde, com a mente. A juventude é um valor e está associada não a um recorte etário, mas a um estilo de vida. A velhice pode ser, assim, eternamente adiada. Os idosos transformam-se em um novo nicho de mercado, compram de tudo, de alimentos, medicamentos, suplementos, roupas e serviços (cursos, academias de ginástica, clínicas de estética, cirurgias) (DEBERT, 1999a, 1999b, 2007; PEIXOTO, 2007).

Groisman (2002) também defende essa perspectiva que concebe a velhice convertida em matéria de interesse público, ganhando espaço na mídia e, por conseguinte, criando demanda por especialistas e serviços especializados. Valoriza a ideia da heterogeneidade e singularidade do envelhecer, tanto na perspectiva do corpo biológico quanto da vida de relação, das condições e contextos sociais. E acrescenta, dialogando com Canguilhem (1995) que as alterações, as dificuldades

na velhice são cada vez menos tolerados. Devem ser patologizadas, medicalizadas, revertidas. O aparato científico deve ser responsável por normalizar o envelhecimento e gerir a velhice.

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. Brasil e Espanha diferem quantitativamente e qualitativamente em relação à população idosa. Os países europeus têm enfrentado esse processo desde o final do século XIX, enquanto no Brasil isso se deu de forma acelerada e tardia (nas últimas décadas). O U.S. Census Bureau (KINSELLA; WAN HE, 2008) identificou que dos 25 países com o maior percentual de idosos, 23 encontram-se na Europa (como exceções encontramos Japão e Georgia).

A Espanha ocupa a sexta posição mundial no percentual de idosos e dados recentes reforçam o progressivo crescimento dessa parcela da população. Em 2011, o total de idosos era de 8.092.853 milhões, o que representa 17,2% da população total e em maior proporção cresce o percentual de octagenários, que já assume 5,1% (GARCÍA; CATALÁN, 2011). E em 2012, de 46.163.000 habitantes, o total de idosos passa para 8.221.047, o que representa 17,4% do total da população. Com idade superior a 80 anos essa taxa já se encontra em 5,3% (GARCIA; GARCIA, 2012). Llamas; Aczona (2013) destacam que a previsão é de que em 2050 a proporção alcance 30,8% e a Espanha ocupe o segundo lugar no mundo de país mais envelhecido, apenas não ultrapassando o Japão.

No Brasil, os dados também indicam um crescimento da população idosa, mas as taxas encontram-se em cifras bastante inferiores as da Espanha. De um total de 190.755.799 habitantes, o Censo Demográfico 2010 indica o aumento na participação da população de 65 anos ou mais, que no período 1960/2010 saltou de 2,7% para 7,4%. O percentual de idosos acima de 80 anos encontra-se na faixa de 1,5% (IBGE, 2011).

A análise dos indicadores sociais realizada pelo IBGE (2012) apresenta discussão importante sobre o processo de envelhecimento utilizando o indicador índice de envelhecimento (medido pela razão entre o número de pessoas de 60 anos ou mais de idade para cada 100 pessoas de menos de 15 anos de idade). No Brasil esse índice se elevou de 31,7 em 2001 para 51,8 em 2011, com destaque para a região metropolitana do Rio de Janeiro que obteve um resultado de 80,2. No cenário internacional encontramos taxas de 283,6 no Japão e 170,8 na Europa.

As taxas de expectativa de vida na Espanha estão entre as maiores da União Européia, alcançando valores de 84,9 anos para as mulheres e 78,9 anos para os homens (GARCIA; GARCIA, 2012). No Brasil os dados de 2010 apontam o aumento de cerca de 3 anos, em relação aos dados de 2000, alcançando 73,48 anos. Para os homens a taxa encontra-se em 69,73 anos e para as mulheres 77,32 anos (IBGE, 2011).

O sobrepeso e a obesidade crescem em prevalência e, juntos, já acometem a maioria da população idosa nos dois países. Dados da “Pesquisa de Orçamentos familiares (POF) 2002-2003” demonstram, para indivíduos entre 65 a 74 anos, 56,2% de sobrepeso (53,3% das mulheres e 43,9% dos homens) e obesidade em 17,1% das mulheres e 10,2% dos homens (IBGE, 2004). Dados do estudo “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico” (BRASIL, 2013a) apontam para 58,5% de sobrepeso em indivíduos acima de 65 anos e obesidade em 19,0%.

Na Espanha, os dados de sobrepeso na faixa etária acima de 60 anos em mulheres é de 39,8% e 49% dos homens. Já a prevalência de obesidade encontra-se em 40,8% das mulheres e 31,5% dos homens (GUTIÉRREZ-FISAC et. al., 2003). Dados mais recentes da Encuesta Nacional de la Salud (ENSE) aponta que 53,7% dos adultos encontram-se com sobrepeso/obesidade e nos idosos os valores são maiores, alcançando 73,2% nos indivíduos de 65 a 74 anos.

Apesar de, em linhas gerais, os dois países vivenciarem o desafio de enfrentamento do envelhecimento populacional, do aumento da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis, em uma análise de contexto podemos identificar diferenças importantes, que passam pela expressão quantitativa e qualitativa desse processo de envelhecimento, bem como da extensão territorial e sistemas de governo, econômico e de saúde. Um quadro comparativo das principais características pode ser encontrado a seguir:

Quadro 3 – Principais características econômicas e sociais de Brasil e Espanha

Principais características	Brasil	Espanha
Sistema de governo	República presidencialista	Monarquia parlamentar
Extensão Territorial (km ²)	8.515.767	505.600
População Total (hab)	190.755.799	46.163.000

Principais características	Brasil	Espanha
Produto Interno Bruto (PIB) geral (M€)	1.751.744 (7 ^a posição)	1.029.002 (13 ^a posição)
Produto Interno Bruto (PIB) <i>per capita</i>	8.818 (58 ^a posição)	22.300 (28 ^a posição)
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	0,730 (80 ^a posição)	0,885 (23 ^a posição)
Número total de idosos	14.081.480	8.221.047
% da população total	7,4	17,4
% acima de 80 anos	1,5	5,3
Expectativa de vida homens	69,73	78,9
Expectativa de vida mulheres	77,32	84,9

Fonte: <<http://www.datosmacro.com/pib/brasil>>; GARCIA; GARCIA, 2012; IBGE, 2011; <http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDH>.

A pesquisa realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, 2011), que, utilizando dados da OMS e da ONU, comparou a experiência de oito países no financiamento da saúde dos idosos, reitera os dados de maior proporção de idosos na Espanha (mais que o dobro no Brasil) e de expectativa de vida⁴⁹.

No que se refere ao financiamento da saúde evidencia-se que os dois países adotam um modelo universal, que garante a toda a população o acesso às suas necessidades de assistência à saúde pelo setor público e não há um plano específico para o idoso.

No entanto, os gastos na Espanha são maiores. Os gastos *percapita* em saúde somam 837\$ no Brasil e 2671\$ na Espanha. Em relação ao financiamento, a pesquisa utiliza dados da Organização Mundial da Saúde, de 2007, e apresenta que o financiamento público em saúde no Brasil alcança a soma de 42% e na Espanha 72%. E uma relação inversa de financiamento privado, no Brasil 23% e na Espanha 6%.

Apesar dessa situação favorável da Espanha, tem-se observado mudanças importantes, como reflexo da atual crise econômica, que evidencia uma menor participação pública e a entrada progressiva do setor privado. Aguilera (2013)

⁴⁹ Dados da ONU (2010) indicam que o percentual de idosos acima de 60 anos no Brasil encontra-se em 10%, enquanto que na Espanha 22%. Já os idosos acima de 80 anos as cifras estão em 2 e 5%, respectivamente. Dados da OMS (2008) apontam a expectativa de vida ao nascer para o Brasil de 73 anos e de 81 anos para o Brasil.

analisa o impacto da crise na vida dos idosos e descreve que os serviços foram reestruturados em três modalidades: básicos (gratuitos), suplementares (corresponsabilidade) e acessórios (corresponsabilidade) e, portanto, uma parte importante das prestações de serviços de saúde deixa de ser cobertas pelo sistema de saúde. Além disso, refere outras medidas de austeridade que também comprometeram a assistência da população idosa: redução das políticas sociais (8,4% do Produto Interno Bruto, frente a 11% que se registra no conjunto dos países da União Européia); redução do valor das aposentadorias e pensões; retirada de financiamento público de mais de 450 medicamentos entre esses, muitos utilizados regularmente pelos idosos (como exemplos cita alguns antivirais, corticoides, vasodilatadores, antiinflamatórios, laxantes); fechamento de ambulatórios e centros de saúde. E conclui que para os doentes crônicos e os de renda mais baixas pode ser inacessível garantir o atendimento de todas as suas necessidades.

E também não podemos deixar de mencionar que com o agravamento da situação econômica, em especial referindo as altas taxas de desemprego dos jovens, a solidariedade intergeracional é uma estratégia. Isto é, os recursos provenientes dos idosos vêm se tornando o principal, e às vezes o único meio de sustento familiar. Dados do INE (2012) apontam que 26% das residências tem como referência uma pessoa idosa (AGUILERA et al., 2013). O professor Paulo Fortes, da Faculdade de Saúde Pública em São Paulo, em entrevista concedida para a matéria “Sistemas públicos de saúde: pesquisadores analisam o fator economia”, afirma que com a crise econômica dos países europeus

Os jovens que estão se formando não conseguem emprego para pagarem seus estudos, famílias inteiras estão tendo que voltar a morar com os avós, porque estão perdendo suas casas.⁵⁰

E atualmente uma grande preocupação é com o quantitativo de idosos mais idosos (acima de 80 e 90 anos), parcela da população com maiores incapacidades para a execução das atividades cotidianas e agravamento das doenças crônicas

⁵⁰ Entrevista concedida pelo professor Marcos Fortes para a matéria Sistemas públicos de saúde: pesquisadores analisam o fator economia, publicada em 21 de dezembro de 2012 e disponível em <http://www5.usp.br/20898/sistemas-publicos-de-saude-pesquisadores-da-fsp-estudam-o-fator-economico/>. Acesso em: 29 de mai 2014.

existentes, que gera aumento nas demandas de serviços e gastos com a saúde⁵¹ (CASSINELO et.al., 2007; PORCEL; VALPUESTA, 2012).

Por outro lado, no Brasil tem-se uma transição epidemiológica incompleta, isto é, o aumento da prevalência das doenças crônicas e incapacidades relacionadas ao envelhecimento populacional e, simultaneamente, a manutenção das doenças infecciosas. E isto acometendo os grupos mais pobres da população, que vivem em condições vida desfavoráveis em um contexto de desigualdade social importante (LOUVISON et al., 2008). E evidencia-se que o Sistema único de Saúde (SUS), criado em 1990, apesar de ter oportunizado maior acesso aos serviços, ainda possui volume de recursos públicos aquém das necessidades da população, com o objetivo de ser um sistema universal e equitativo, conforme prevê sua criação. O número de pessoas que busca a atenção básica aumentou cerca de 450% entre 1981 e 2008, fato atribuído ao aumento de profissionais e de unidades. A implementação e fortalecimento do SUS ainda encontra-se em processo e é necessário repensar o uso dos recursos, a relação público/privado e as desigualdades sociais que persistem no nosso país. Portanto, os desafios para a melhoria do sistema não serão resolvidos somente na esfera técnica pois são essencialmente políticos, que demandam esforços conjuntos dos indivíduos e sociedade (PAIM et al., 2011).

5.2 Sociedade de controle

Um ponto de partida sobre que proposições estão colocadas nos documentos oficiais que norteiam a alimentação saudável é a reflexão sobre o poder e o controle que se pretende exercer sobre os indivíduos e, no caso do presente trabalho, os idosos.

⁵¹ Exemplos de matérias jornalísticas encontradas no El Mundo (“La cuarta edad se abre camino em España”), El País (“La población mayor de 80 años creció um 66% em los últimos 15 anos y suma dos millones de personas”), Diario de Sevilla (“Las personas mayores de 80 años se triplicarán em médio siglo”) indicam a preocupação que o país possui com a referida questão. Disponíveis em <<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/06/14/noticias/1339688067.html>>, <http://sociedad.elpais.com/sociedad/2007/06/19/actualidad/1182204003_850215.html>, <<http://www.diariodesevilla.es/article/andalucia/1239667/las/personas/mayores/anos/se/triplicaran/medio/siglo.html>>. Acesso em: 29 mai 2014.

Nesse sentido, buscamos o apoio teórico nos autores que discutem o indivíduo, a liberdade e o controle exercido pela sociedade. Em especial, falamos de Foucault e Deleuze, que considerados filósofos críticos, rebeldes, transgressores propõem uma reflexão sobre como o poder se espalha por todo o tecido social, por modulações, sempre flexíveis e aperfeiçoáveis e recusam qualquer forma de normalização do indivíduo.

Foucault discute em vários momentos de sua produção acadêmica o tema do poder sobre a vida e a morte, em especial na década de 70 em suas análises sobre o exercício da prática clínica, a sexualidade e a psiquiatria.

Interessado no que ele afirmava ser uma nova forma de poder, que chamou de “biopoder”, discutia como este se tornou uma questão chave para a política. Em sua análise sobre a História da Sexualidade (1999) se preocupa em saber “*sob que forma, através de que canais, fluindo através de que discursos o poder consegue chegar às mais tênues e mais individuais das condutas (...) de que maneira o poder penetra e controla o prazer cotidiano*” (p.16). E podemos fazer um paralelo entre o sexo e a alimentação, que da mesma forma, é uma atividade complexa, reflexo de uma imbricada rede de influências, íntima e prazerosa.

Foucault afirma que o século XIX foi marcado pela “*tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico*” (p. 285-286) e deixa claro que a nova forma de poder não exclui a anterior: é uma complementação, é “*de outro nível, está em outra escala, tem outra superfície de suporte e é auxiliada por instrumentos totalmente diferentes*” (Foucault, 2005, p. 288-289).

Faz uma contraposição entre a *soberania clássica* – na qual o poder sobre a vida e a morte estava centrado no soberano, que podia “*fazer morrer e deixar viver*” – e a *sociedade disciplinar*. Nesta última, desenvolve-se um conjunto de técnicas de racionalização centradas no corpo individual que servem para vigiar, hierarquizar, inspecionar, em um processo de disciplinarização e individualização. Manipula-se o corpo para torná-lo dócil, útil e produtivo. Isso se expressa em normas e técnicas utilizadas nos espaços fechados, de confinamento, diferentes instituições nas quais os indivíduos estão inseridos: família, escola, fábrica, prisão, hospitais.

A nova tecnologia do poder, o *biopoder*, além da disciplina, atua com mecanismos mais sutis, racionais, oriundos de um conjunto de processos matemáticos, estatísticos que produz uma série de regulamentações para o conjunto

da população, que pode ser resumida pela ideia agora de “*fazer viver e deixar morrer*”. É a preocupação com a relação entre o homem, como ser vivo, e o seu ambiente, no sentido de controlar fenômenos imprevisíveis e aleatórios se os tomarmos no plano individual, mas que no plano coletivo podem ser estabelecidos como constantes previsíveis.

Vai ser preciso modificar, baixar a morbidade; vai ser preciso encompridar a vida; vai ser preciso estimular a natalidade. E trata-se sobretudo de estabelecer mecanismos reguladores que, nessa população global com seu campo aleatório, vão poder fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeóstase, assegurar compensações; em suma, de instalar mecanismos de previdência em torno desse aleatório que é inerente a uma população de seres vivos, de otimizar, se vocês preferirem, um estado de vida (p. 293-294).

É preciso assegurar ao homem-espécie a vida e para isso, o foco não é a disciplina, mas uma regulamentação. Para o direito de interferir no viver e evitar a morte é preciso cuidar do “como” da vida, uma tecnologia regulamentadora da vida. São os sistemas previdenciários e as regras sobre a higiene, sexualidade e podemos acrescentar, da alimentação. É a promessa da vida, de multiplicar suas possibilidades, da não doença, da juventude, da longevidade. O objetivo não é o corpo, é a vida.

Um poder dessa natureza tem que qualificar, medir, avaliar, hierarquizar, na perspectiva de distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade (Foucault, 1999, p.135). Roudinesco (2007) defende a pertinência do pensamento crítico pois, segundo a autora, os procedimentos científicos se resumem em uma vasta contabilidade das coisas e dos homens, ou antes, dos homens transformados em coisas (p. 7). E acrescenta

Classificar, organizar, calcular, medir, periciar, normalizar. Eis o grau zero das interrogações contemporâneas, que não param de se impor em nome de uma modernidade de fachada que torna suspeita toda forma de inteligência crítica fundada na análise da complexidade dos homens e das coisas (p. 9).

Deleuze (1992) em sua análise dos mecanismos de poder e dando continuidade ao trabalho de Foucault, usa a denominação *sociedade de controle*. Ela se caracteriza por mais do que um controle disciplinar e vigilante, um controle virtual com o uso das novas tecnologias (Internet, cartões de crédito, audiovisuais),

que mais do que colocar os indivíduos em um molde, modulam a vida de forma ilimitada.

Estamos entrando nas sociedades de controle, que funcionam não mais por confinamento [não que os mesmos ainda não persistam], mas por controle contínuo e comunicação instantânea (p. 216).

E nesse sentido podemos refletir de que as proposições da alimentação saudável para modular os idosos se relacionam com a ideia de mantê-los valorados e úteis para a sociedade. E isso significa um corpo idoso livre de doenças e ativo, que onere menos os serviços públicos, em especial de saúde, e que possa se manter como força de trabalho e como consumidor.

5.3 Sociedade de risco

Uma outro ponto importante para a análise é o que hoje se discute sobre a sociedade do risco. Risco é uma construção social e política, se articula a ideia de que possamos prever o que irá acontecer e se proteger. Segundo Carapinheiro (2002) trata-se de um entendimento racionalista da realidade que pressupõe “uma tentativa de domesticação da incerteza” (p197). Segundo a autora há uma contradição fundamental: há de um lado regularidades que podemos evitar desde que os indivíduos tenham consciência dessas regularidades e se disponham a agir racionalmente e de outro, em muitos aspectos da nossa vida o caráter racional não assegura a possibilidade de não ocorrência.

A probabilidade matemática de ocorrência de um acontecimento pode apoiar novas formas de regulação social, com o caráter de que o risco emerge do comportamento humano.

Assim, existe a imperiosa necessidade de reflexividade. Os indivíduos devem ser capazes de refletir sobre suas condições de existência e assim modificá-las. A responsabilidade primeira localiza-se no indivíduo, de quem se espera que faça as melhores escolhas e dependendo destas um sistema de recompensa ou punição (PETERSEN; LUPTON, 1996). Tem um componente ético e moral importante.

La ética de la autorrealización y logro individual es la corriente más poderosa de la sociedad occidental moderna. Elegir, decidir y configurar individuos que aspiran a ser autores de su vida, creadores de su identidad, son las características centrales de nuestra era. (BECK, 2002, p.13)

Para Giddens (2012) existe uma destradicionalização da sociedade, que se caracteriza pela perda da confiança nas instâncias como família e religião e a troca pela ciência. A tradição está ligada a memória coletiva, pressupõe persistência, é uma *orientação para o presente e organiza o futuro* (p99), envolve ritual, isto é, traz a tradição para a prática. Os guardiões da tradição não são peritos, não se diferem por competência mas por status, a tradição se relaciona a integridade do eu. As ameaças à tradição podem ser sentidas como ameaças ao próprio eu.

A competência dos peritos vem da especialização, que segundo o autor é desincorporadora e não está ligada a verdade formular.

A especialização não está ligada à verdade formular, mas a crença na possibilidade de correção do conhecimento, uma crença que depende de um ceticismo metódico (p131-132).

E todo conhecimento está sujeito à correção trazendo para o indivíduo ansiedade e opressão. Só lhe resta obedecer (e a obediência a uma única fonte de autoridade é opressora) e administrar a ansiedade (porque o chão desaparece sob os pés). O desencantamento em relação à autoridade da ciência e à especialização, segundo Giddens, se relaciona à desilusão com os benefícios que a tecnologia alega ter trazido para a humanidade.

O trecho a seguir ilustra bem essa posição:

...à medida que cresce a dependência da ciência e da técnica, dos seus agentes, das suas instituições e dos seus sistemas de conhecimento, cresce a ansiedade sobre a sua insuficiência e a sua ineficácia para antecipar adequadamente o futuro, nomeadamente nas questões que se prendem com a produção de bem-estar social, dando origem à emergência de novos tipos de solidariedade fundados na ansiedade (CARAPINHEIRO, 2002, p.200).

Para Beck (1998) a sociedade é insegura e precisamos evitar o pior, buscar a segurança. Ela é alcançada através da ciência. Não há uma experiência pessoal; é necessário o conhecimento científico, que adquire um significado social e político importante.

En este sentido, la sociedad del riesgo también es la sociedad *de la ciencia, de los medios y de la información*. En ella se abren así nuevos contrastes entre quienes *producen* las definiciones del riesgo y quienes las *consumen* (p. 52-53).

E ao mesmo tempo critica o poder estabelecido pela ciência, que denomina do mundo da incerteza.

La principal cuestión es como tomar decisiones em condiciones de incertumbre fabricada, cuando no sólo es incompleta la base de conocimiento, sino que el disponer de más e mejor conocimiento frecuentemente supone más incertidumbre (BECK, 2002, p9)

Segundo Castiel (2010) o conceito de risco epidemiológico aparece como elemento essencial das abordagens hegemônicas da promoção de saúde. A crítica do autor traz para o centro do debate a ênfase na mudança de comportamento como uma decisão individual, pautada no uso da razão e a ausência de outros elementos fundamentais, como emoções, desejos, sensações e, ainda, o contexto social e cultural.

Vivemos em constante ameaça, com a necessidade de eterna vigilância sobre nossos atos, devemos ter uma vida monástica, de menos prazer e mais controle, senão seremos responsabilizados e culpados pelas consequências das nossas ações. Uma questão que retomamos é se mesmo cumprindo todas as normas propostas podemos ter segurança sobre o resultado.

Isso significa dizer que, por maior que seja a probabilidade de um risco, não há como garantir que a doença a ele associada ocorrerá e, muito menos, determinar que parcela da população será afetada (CASTIEL, 2010, p. 42).

Segundo Metzl e Kirkland (2010) a saúde se tornou uma nova moralidade, pois é um termo repleto de juízos de valor, hierarquias e suposições que falam sobre poder e privilégio mais do que bem estar. Os autores exemplificam com a ideia de que quando vemos uma pessoa obesa e dizemos que é ruim para a sua saúde, não estamos dizendo que ela tem um problema médico, mas que é preguiçosa ou não tem força de vontade. Com Ivan Illich, debatem em que medida essa preocupação excessiva transforma a saúde e, aqui faço um paralelo com a alimentação saudável, como algo irrealizável, que não permite espaço para o sofrimento, o envelhecimento e a morte.

E afinal, as perguntas que se colocam é o que se pretende no caso da alimentação saudável para os idosos? É que ela seja capaz de prevenir as doenças crônicas? Que possa manter a juventude e evitar o envelhecimento? Que possa garantir a longevidade e adiar a morte?

5.4 Análise comparativa das proposições da alimentação saudável nas agendas públicas brasileira e espanhola

Foram selecionados três documentos para o Brasil e seis para a Espanha, que se encontram apresentados de forma resumida a seguir. Ver quadros 4 e 5.

Quadro 4 – Documentos de orientação de alimentação saudável para idosos propostos pela agenda pública brasileira

DOCUMENTO	NOME SIMPLIFICADO	EDITADO POR	ANO	RESUMO
GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA: PROMOVENDO A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	“Guia Alimentar”	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) Ministério da Saúde	2005	Primeiras diretrizes alimentares oficiais para a população brasileira. São mensagens centrais para a promoção da saúde, prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, má nutrição e doenças infecciosas
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA “PESSOAS COM MAIS DE 60 ANOS”: SIGA OS DEZ PASSOS	“Dez passos”	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) Ministério da Saúde	2006	Guia prático para a população organizado sob a forma de “10 passos”
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA A PESSOA IDOSA: UM MANUAL PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE	“Manual”	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) Ministério da Saúde	2010	Proposta de manual para os profissionais de saúde apresentando medidas práticas para o preparo e o consumo dos alimentos

Fonte: Brasil, 2005; Brasil, 2006; Brasil, 2010.

Quadro 5 – Documentos de orientação de alimentação saudável para idosos propostos pela agenda pública espanhola

DOCUMENTO	NOME SIMPLIFICADO	EDITADO POR	ANO	RESUMO
ESTRATEGIA PARA NUTRICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA E PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD (ESTRATEGIA NAOS)	“Estrategia NAOS”	Agencia Española de Seguridad Alimentar y Nutricional (AESAN) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)	2005	Proposta integradora dos diferentes setores para o enfrentamento do problema da obesidade para todos os cidadãos e, em especial, crianças e jovens
COME SANO Y MUÉVETE: 12 DECISIONES SALUDABLES	“Come sano”	Agencia Española de Seguridad Alimentar y Nutricional (AESAN) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)	s/d	Guia prático para a população organizado sob a forma de “12 conselhos”, que estão englobados na pirâmide NAOS sobre estilos de vida saudáveis.
LIBRO BLANCO DE NUTRICIÓN EN ESPAÑA	“Libro blanco”	Fundación Española de Nutrición (FEN) e Agencia Española de Seguridad Alimentar y Nutricional (AESAN) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)	2013	Documento que reúne um conjunto de especialistas e informações atualizadas sobre nutrição que sirvam para instrumentalizar os indivíduos para suas escolhas alimentares.
GUIA DE LA ORIENTACIÓN NUTRICIONAL PARA PERSONAS MAYORES	“Guia de orientación”	Fundación Española de Nutrición (FEN) Instituto de Nutrición y trastornos alimentarios (INUTCAM) Comunidad de Madrid	s/d	Proposta de manual para profissionais de saúde.

DOCUMENTO	NOME SIMPLIFICADO	EDITADO POR	ANO	RESUMO
TALLER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA – MANUAL PARA LAS PERSONAS MAYORES – VIVE MÁS Y MEJOR	“Taller alimentación”	Generalitat de Catalunya e Fundación Dieta Mediterránea Apoio: Fundación “la Caixa”	s/d	Proposta de manual para ser utilizado por profissionais de saúde na orientação de idosos. Tem a perspectiva de capacitá-los para atuar como multiplicadores. Para alimentação possui um eixo central de 14 “conselhos práticos”.
COMER BIEN PARA ENVEJECER MEJOR	“Comer bien”	Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación e Dietética (FESNAD) e Agencia Española de Seguridad Alimentar y Nutricional (AESAN) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)	2013	Editado por ocasião da edição do XII Dia Nacional da Nutrição. Trata-se de um folheto informativo direcionado à população que valoriza o processo de envelhecimento populacional

Fonte: MSSSI, 2005; MSSSI, s/d; FEN, 2013; FEN/INUTCAM, s/d; Generalitat Catalunya, s/d; FESNAD, 2013.

Apesar das semelhanças em termos de aumento do número de idosos e da prevalência das doenças crônicas, como o sobrepeso e obesidade, estamos falando de realidades muito distintas. O Brasil, país de grande proporção em extensão territorial, economia em crescimento, possui enorme diversidade entre suas regiões, menos recursos para a saúde e desigualdades sociais importantes. A Espanha, muito menor em termos de extensão territorial, um percentual maior de idosos e dos mais longevos e uma economia em crise, mas ainda se considerarmos o PIB *per capita*, o IDH e o investimento em saúde um país com uma situação mais favorável para sua população idosa.

Outras diferenças encontradas referem-se à autoria e à edição dos documentos.

No Brasil todos os documentos são editados pelo Ministério da Saúde, com participação quase exclusiva de técnicos de instituições públicas (apenas uma universidade privada), sem qualquer participação direta da indústria de alimentos.

Apesar disso, sabemos que esse setor exerce pressões junto ao Ministério da Saúde e isso pode ser evidenciado por duas situações de parceria, que foram amplamente divulgadas na mídia e que sofreram pesadas críticas de especialistas e entidades do campo da Alimentação e Nutrição. Em 2011, a rede de *fast food* McDonald's recebe o título de empresa "Amiga da Saúde" e em nota da imprensa publicada no site Rede Brasil Atual - Saúde e Ciência - o Ministério justifica que mantém parceria com diferentes empresas em prol da promoção da saúde, buscando ampliar o alcance e a visibilidade das suas ações. Na nota esclarece

O Ministério da Saúde mantém parceria com 384 empresas brasileiras, de diversos setores, que nos apoiam em iniciativas de promoção da saúde e prevenção de doenças. A participação destes parceiros nos ajuda a ampliar o alcance e a visibilidade de nossas campanhas informativas, mas sem implicar endosso irrestrito do ministério às práticas e condutas das empresas⁵².

Cartas foram encaminhadas ao Ministro da Saúde pela Frente pela Regulação da Publicidade de Alimentos⁵³ e por professores reconhecidos do campo (três professores decanos de nutrição: Carlos Augusto Monteiro, da USP; César Gomes Victora, Emérito da Federal de Pelotas, ambos membro da Academia Brasileira de Ciências e Malaquias Batista Filho, Emérito da UFPE e membro do Consea) solicitando a desvinculação das marcas do Ministério da Saúde com as do McDonald's. E também foi lançada uma petição pública, que conta com 6.791 assinaturas, enumerando uma lista de motivos que levam a solicitar que seja imediatamente retirado o endosso do Ministério da Saúde à rede de lanchonetes McDonalds e que sejam elaborados critérios mais adequados para a inclusão de "parceiros" no programa "Amigos da Saúde"⁵⁴.

⁵² Informação disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2011/06/associacao-de-rede-de-fast-food-a-campanhas-do-ministerio-da-saude-e-alvo-de-protesto-de-especialistas-em-nutricao>. Acesso em: 12 jun. 2014.

⁵³ Em 17 de dezembro de 2010 um conjunto de entidades da sociedade civil, entre elas o IDEC, ASBRAN, CFN, ABRASCO, FASE, ENSP/FIOCRUZ, Projeto Criança e Consumo do Instituto Alana lança um manifesto e cria a Frente pela Regulação da Publicidade de Alimentos, com o objetivo de proteger a saúde da população buscando normas mais fortes para regulamentar a publicidade de alimentos. Informações disponíveis em: <http://regulacaoalimentos.blogspot.com.br/p/o-que-e.html>. Acesso em: 15 jun. 2014.

⁵⁴ A petição encontra-se disponível on line no link <http://www.peticaopublica.com.br/pview.aspx?pi=P2011N10435>. Acesso em: 12 jun. 2014.

Em matéria do site da FASE - Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional – encontramos uma posição contundente sobre a parceria:

Tanto as entidades quanto os especialistas da academia pedem ao governo coerência: unir a imagem do ministério responsável pela saúde pública a uma rede que colabora com o aumento de doenças vai na contramão de políticas que o mesmo ministério se esforça em desenvolver⁵⁵.

No ano seguinte, nova parceria ganha espaço na mídia. Agora é o apoio do Ministério da Saúde, Educação e Esportes a campanha Emagrece Brasil, patrocinada pela Coca-Cola e liderada pela Editora Abril (revistas Boa Forma e Saúde). De 23 de abril a 25 de maio de 2012 a sede da ANVISA, em Brasília, recebeu a exposição “Emagrece, Brasil! A Obesidade pelo Olhar da Infografia”, composta por 32 painéis, divididos em 5 estações e cada uma delas criada por um grande nome da infografia brasileira. O evento integrou a programação da I Semana de Vigilância Sanitária no Congresso Nacional. A justificativa para a parceria está descrita no próprio site da ANVISA, no item sala de imprensa, em notícias do dia 18 de abril de 2012:

A iniciativa também está de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para uma alimentação saudável e combate às doenças crônicas. A exposição reúne os maiores infografistas da Editora Abril para explicar à população as consequências da obesidade no organismo e como ela pode ser debelada.⁵⁶

Professor Carlos Augusto Monteiro, em entrevista concedida a Rede Brasil Atual, critica a iniciativa do Ministério e demonstra as pressões exercidas pela indústria junto aos órgãos governamentais. A seguir, transcrevemos sua fala:

a iniciativa é emblemática do crescente assédio da indústria de alimentos calóricos, ricos em açúcar e gordura e pouco nutritivos às autoridades de saúde em todo o mundo. Essa aproximação, por meio de patrocínio a ações de fundações, entidades e governos, visa a melhorar a imagem dessas empresas junto ao público consumidor, aos editores, à mídia em geral e ganhar aliados contra projetos de lei que vêm sendo elaborados em vários

⁵⁵ Informação disponível em: <http://www.fase.org.br/v2/pagina.php?id=3536>. Acesso em: 12 jun. 2014.

⁵⁶ Informação disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu+-+noticias+anos/2012+noticias/exposicao+emagrece++brasil+integra+a+i+semana+de+vigilancia+sanitaria+no+congresso+nacional>. Acesso em: 12 jun. 2014

países da Europa e nos Estados Unidos, que pretendem sobretaxar esses "alimentos e bebidas"⁵⁷.

Como repercussão do fato também podemos citar a moção de repúdio aprovada no World Nutrition 2012, congresso que foi organizado sem apoio financeiro proveniente da indústria de alimentos e realizado pela Associação Mundial de Nutrição e Saúde Pública, ABRASCO e UERJ⁵⁸. E ainda liderado pelo coletivo de desdobramentos do referido congresso em novembro de 2013 é aprovada a criação de uma frente pela regulação da relação público-privado em alimentação e nutrição. O manifesto é assinado por diferentes entidades, pesquisadores, profissionais e estudantes e indica a necessidade de se protegerem as políticas públicas da interferência do setor privado. O documento destaca as formas como empresas nacionais e transnacionais vem agindo em sentido contrário ao direito constitucional da alimentação e nutrição e reforça a existência do conflito de interesses entre os setores público e privado. Destacamos do documento os trechos que assinalam as constatações e os objetivos da frente:

Neste contexto, três constatações podem ser feitas: 1. Os conflitos entre interesses privados e públicos existentes na implementação das políticas de alimentação, nutrição e saúde não são reconhecidos nem tratados explicitamente nas políticas públicas; 2. Os esforços governamentais de regular as ações nocivas do setor privado são ainda muito incipientes; e 3. A forte e sistemática resistência política por parte do setor privado às medidas regulatórias tem sido um importante obstáculo para o avanço das políticas públicas.

Diante do exposto, as entidades da sociedade civil, instituições de pesquisa e outras instituições, bem como as pessoas que subscrevem este manifesto proclamam a criação da Frente pela Regulação da Relação Público-Privado em Alimentação e Nutrição.

Esta Frente tem como objetivos identificar, discutir, publicizar e monitorar esses conflitos e apontar alternativas de como lidar com eles. Para isso, se propõe a:

- Levantar e sistematizar documentos e publicações existentes.
- Propor e desenvolver mecanismos para democratizar o conhecimento.
- Promover estudos.
- Difundir o debate em diferentes espaços (acadêmicos, institucionais e políticos).
- Identificar e acompanhar parcerias entre os setores público e privado.
- Publicizar denúncias sobre situações de conflitos de interesses.
- Publicizar experiências bem-sucedidas de enfrentamento e/ou regulação.
- Apoiar e promover estratégias de formação no tema.

⁵⁷ Informação disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2011/08/coca-cola-patrocinado-projeto-do-grupo-abril-contra-a-obesidade>. Acesso em: 12 jun. 2014.

⁵⁸ A moção na íntegra encontra-se disponível no link http://www.eventosecongressos.com.br/nutricao2012/mocoes/1-WNRio2012_Mocao%20Emagrece%20Brasil.pdf. Acesso em: 15 jun. 2014.

- Articular ações coletivas de enfretamento e regulação⁵⁹.

Portanto, reiteramos que as pressões do setor privado existem, ainda que isso não se traduza na edição dos documentos propostos para orientações de alimentação saudável, com autoria direta de representantes do setor da indústria alimentícia.

Por outro lado, na Espanha a relação público-privado é colocada de forma clara, com o indicativo de troca de informações, cooperação e formulação de propostas de ações conjuntas. Todos os documentos são editados em parceria do Ministério da Saúde com instituições privadas.

A FEN, que edita os documentos “Libro blanco” e “Guia de orientación” apresenta seu objeto, que transcrevemos a seguir:

La Fundación Española de Nutrición tiene por objeto el estudio y mejora de la nutrición de los españoles. Para ello favorecerá la coordinación entre los estamentos científicos y las industrias alimentarias en todos los temas relacionados con la nutrición y su promoción. A tal efecto participará en la elaboración permanente y de difusión de documentos sobre los distintos estados de situación de los problemas existentes en el terreno nutricional. Contribuirá a facilitar y asegurar el intercambio de información y opiniones entre los medios científicos e industriales⁶⁰.

E possui em seus quadros diretor e vocal representantes de grandes empresas da indústria de alimentos, com representação de indústrias nacionais dos setores de bebidas, laticínios, embutidos, pratos prontos, panificação e ainda podemos citar grandes empresas transnacionais como a Coca-cola, McDonald’s e Nestlé.

A “Estratégia NAOS” é um esforço conjunto do Ministério com a indústria na perspectiva de sensibilizar a população para o problema que a obesidade representa para a saúde. O documento *Alimentación y salud: el compromiso da industria española de alimentación y bebidas – 2005/2010*, editado pela FIAB, apresenta uma compilação de trabalhos desenvolvidos por diferentes empresas do setor. Em relação à estratégia encontramos a afirmação

⁵⁹ Informações disponíveis em: <http://regulacaopublicoprivado.blogspot.com.br/>. Acesso em: 15 jun. 2014.

⁶⁰ Informações disponíveis em: http://www.fen.org.es/qs_presentacion.asp?pag=1. Acesso em: 14 jun. 2014.

La industria alimentaria está cada vez más comprometida con la promoción de una dieta variada, equilibrada y suficiente, y con los estilos de vida saludables [...] la industria alimentaria contribuirá de forma activa a la potenciación eficaz de la Estrategia NAOS, poniendo a disposición de los objetivos perseguidos todo su conocimiento científico y técnico, su experiencia en entender las demandas del consumidor y su capacidad de comunicación (p73)⁶¹.

Em relação à formação dos autores no Brasil a grande maioria é de nutricionistas e na Espanha médicos e farmacêuticos. Profissionais com formação em Nutrição é uma realidade recente na Espanha. O título universitário oficial de diplomado em Nutrição e Dietética foi regulamentado apenas em 1998 (*Real Decreto 433 de 20 de marzo de 1998*) e a Ley 44/2003, de 21 de novembro, inclui a profissão de dietista-nutricionista no rol das profissões da saúde, isso conseguido através de muito esforço de uma entidade, que se organizou ainda na década de 80 com a intenção de fortalecer a área da Nutrição, a Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN)⁶².

A inexpressiva participação de profissionais da área de Ciências Humanas e Sociais é comum nas duas realidades. Mabel Gracia Arnaiz, em uma análise sobre o campo da alimentação e cultura na Espanha, reflete sobre a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para se pensar um objeto de natureza complexa, como é a alimentação e, em especial, na conjuntura atual de se intervir em problemas que se desenvolvem em contextos plurais e em constantes mudanças. Afirma que o Brasil tem buscado esforços nesse sentido partindo do campo da Nutrição, mas que na Espanha os esforços para aproximar as diferentes posições e olhares são muito limitados e insuficientes. A alimentação tem sido capturada, enquanto objeto de estudo científico, pelas Ciências Biológicas e Médicas. Em relação à ausência dos profissionais das Ciências Sociais afirma que

los científicos sociales no son invitados a participar en los diferentes proyectos de los que podrían realizar aportaciones debido a que su colaboración no se considera pertinente, o simplemente no se considera, y debido a que el propio científico social desconfía de sus potenciales y del uso que puede hacerse de su trabajo (2010, p. 377).

⁶¹ O documento encontra-se disponível em versão eletrônica no link http://www.fiab.es/archivos/documentoMenu/documentomenu_20120718080937.pdf. Acesso em: 15 jun. 2014.

⁶² Dados sobre a regulamentação da profissão de nutricionista-dietista podem ser encontrados no site da Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (<http://www.aedn.es/laasociacion.php>).

Um quadro ilustrativo da formação dos autores pode ser encontrado a seguir:

Quadro 6 – Quadro demonstrativo da formação dos autores segundo as áreas de conhecimento do CNPq

PAÍS	DOCUMENTO	NÚMERO DE AUTORES*	ÁREA DE FORMAÇÃO						
			CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS	ENGENHARIAS	CIÊNCIAS DA SAÚDE	CIÊNCIAS AGRÁRIAS	CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS	CIÊNCIAS HUMANAS
BRASIL	“Guia alimentar”	48*1	0	01	0	43	04	0	0
	“Manual”	02	0	0	0	02	0	0	0
ESPANHA	“Come sano”	09*2	0	0	0	08	01	0	0
	“Libro Blanco”	86*3	03	07	0	68	04	04	0
	“Guía de orientación”	03	0	0	0	03	0	0	0
	“Taller alimentación”	05	0	0	0	05	0	0	0

Obs1: Os documentos “Os dez passos”, “Estrategia NAOS” e “Comer bien” não foram incluídos por não haver informação de autoria

*O número que foi incluído refere-se ao total de autores no qual foi possível identificar a formação; *1 O total de autores é 60; *2 O total de autores é 10; *3 O total de autores é 99

Fonte: BRASIL, 2005; BRASIL, 2010; MSSSI, s/d; FEN, 2013; FEN/INUTCAM, 2013; GENERALITAT CATALUNYA, s/d.

Apesar desse cenário claramente diverso, evidenciamos que os documentos têm como base as mesmas premissas e o que nos parece uma contradição inicial.

Os dois países tomam como referência uma entidade supranacional, a Organização Mundial da Saúde, através do documento “Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde”⁶³. E o próprio documento assinala de que haja adequação a cada realidade.

Para explicitar melhor, nas diretrizes e objetivos da “Estratégia Global” há uma ênfase no panorama nutricional, na redução dos riscos para as doenças crônicas não transmissíveis, no aumento da atenção e conhecimento a respeito de alimentação e atividade física, no encorajamento de ações em diferentes níveis e envolvendo diferentes setores e monitoramento de dados científicos, com apoio a pesquisa e, em especial para os idosos, no desafio da manutenção da saúde e da capacidade funcional para reduzir a demanda de serviços de saúde e os gastos correspondentes. E pontua que é necessário que para cada país as estratégias sejam “*culturalmente apropriadas, que as prioridades dependam da situação de*

⁶³ A proposta foi aprovada, com participação de 192 países, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) no dia 22 de maio de 2004. Reconhece que a melhoria da alimentação e a promoção da atividade física representa uma oportunidade única para elaborar uma estratégia eficaz para reduzir a mortalidade e a carga de morbidade mundiais.

cada país e que as informações se adequem aos níveis de alfabetização, as dificuldades de comunicação e a cultura local". E reafirma que "as mensagens devem ser coerentes, sensíveis e claras".

Uma primeira premissa identificada na análise documental, recorrente nas duas agendas, é a de que os idosos são uma categoria homogênea, diferente do que os autores (DEBERT, 1999a,b, 2007; PEIXOTO, 2007; GROISMAN, 2002) discutem sobre a construção social da velhice e a heterogeneidade de viver essa etapa da vida. O idoso é apresentado na perspectiva de fragilidade, dependência, portador de doenças, que precisa de ajustes na alimentação. Encontramos nos documentos referências a inúmeras perdas biológicas (visão, paladar, fome, sede, mastigação, digestão, equilíbrio, marcha) e a proposição de mudanças necessárias na alimentação.

Na montagem da mesa da refeição deve-se evitar o excesso de estímulo visual para não desviar a orientação e a percepção visual da pessoa idosa de sua alimentação, facilitando a sua participação ativa no ato de alimentar-se (BRASIL, 2010, p. 23)

En caso de que tenga problemas de masticación, puede preparar papillas o purés. Si los platos de pasta y arroz le resultan un poco secos, acompáñelos de salsas... Para la ensalada, procure elegir tomates algo maduros, que le será más fácil masticar. (FEN/INUTCAM, s/d, p.37)

Apesar dessas limitações evidenciadas, as imagens que ilustram os documentos apresentam o inverso. São imagens que mostram idosos ativos, com vestuário e acessórios que denotam uma situação social e econômica favorável, que em nada se assemelha aos idosos que o texto evoca.

Figura 21 – Imagens de idosos nos documentos analisados do Brasil e Espanha



(BRASIL, 2005, p 39)



(FEN/INUTCAM, s/d, p.10)



(GENERALITAT CATALUNYA, s/d, p31)



(FEN/INUTCAM, s/d, p11)

As imagens selecionadas se relacionam com a perspectiva do idoso ideal, para aquele que será transformado a partir do momento que for capaz de mudar seu comportamento, de refletir sobre as condições do seu cotidiano, seguir as regras estabelecidas pelos peritos, definidas a partir das evidências científicas com a pretensão de um futuro sem doença e feliz. O mundo da incerteza, proposto por Beck (2002) não se coloca, é o mundo do controle e da certeza. E esse ponto será melhor debatido no próximo ítem.

Uma segunda premissa diz respeito à prescrição e à responsabilização do indivíduo por sua mudança de comportamento, ao controle sobre a vida e ao biopoder.

Os documentos apostam nas verdades científicas, que são transformadas em “diretrizes”, “passos”, “decisões”, “conselhos” que devem ser seguidos. São apresentadas sob a forma de frases prescritivas e normativas, do tipo “faça isso”/“não faça aquilo”.

Faça pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições (BRASIL, 2006).
 Não abusar da adição de açúcar, sal e pimenta, nem do uso de enlatados, embutidos e doces (BRASIL, 2010, p.16).
 Toma frutas y verduras, “cinco al día” (MSSSI, s/d, p10)
 Consumir “alimentos protectores”: pescado, ajos, cebollas, colles e otras verduras de hoja verde, tomates, cítricos, uvas, fresas, aceitunas, hierbas aromáticas e especias. (FEN/INUTCAM, s/d, p.33)

É a pretensão de propor estratégias de controlar e regulamentar a vida, em todas as esferas. A alimentação saudável, nesse cenário específico de análise, é transformada em um conjunto de regras a serem seguidas. Para cuidar da alimentação é preciso que ela seja regulamentada, definida pelos especialistas e que sigamos os ditames propostos pela ciência. E pelo que apresentam os documentos não sabemos fazer as mudanças e nem avaliarmos as consequências de não seguirmos as regras colocadas.

Prevenir es algo que sólo conseguiremos cambiando nuestros hábitos; adaptando nuestra ingesta energética a nuestras verdaderas necesidades; realizando una elección de alimentos que nos aporte los nutrientes necesarios en la cantidades suficientes y realizando actividad física con regularidad. Lamentablemente, hacer todo eso es algo que se nos olvida con facilidad o quizás, muchos de nosotros nunca hemos sabido cómo hacerlo a pesar de que los expertos en nutrición y salud pública, se *empeñan* en recordarnos las consecuencias de nuestros comportamientos y la importancia de cambiarlos. (FEN/MSSSI, 2013, p14)

E possui uma construção discursiva que aposta na “facilidade” para a tomada de decisões, nas “pequenas” mudanças, o que reforça a perspectiva responsabilizadora/culpabilizante para o indivíduo.

Pequeños consejos para el día a día (FESNAD, 2013, frente)
 Planificar una dieta saludable es fácil ya que conocer los valores nutritivos de los alimentos y las bases de la nutrición está al alcance de todos. (MSSSI, s/d, p. 4)
 Muévete entre 30 y 60 minutos al día, todos los días, a una intensidad moderada. Es fácil conseguirlo, basta con llevar una forma de vida más activa: si puedes ve al trabajo andando, da paseos en algún momento del día, no utilices el coche para trayectos pequeños, sube por las escaleras en lugar de coger el ascensor... (MSSSI, s/d,, p. 6)

E podemos questionar como é fácil em um contexto de: desestruturação das maneiras de comer, incluindo horários, locais, composição das refeições, no qual o tempo destinado a compras e preparo da comida é cada vez menor, em que a indústria oferece um sem número de produtos “práticos”, “gostosos” e “saudáveis”

com uma composição nutricional que em geral apresenta grande concentração de açúcar, gordura, sódio ou onde a publicidade invade a vida, vendendo produtos e valores de saúde, beleza, status, sucesso?

As respostas a estas questões, que implicam em possibilidades de problematizar a vida cotidiana, as condições de existência no mundo moderno e ampliar o debate extrapolam, em muito, as amarras de documentos norteadores e regulamentadores da vida.

Lidamos com a profusão de tantas regras e com uma construção discursiva que coloca que as mudanças são possíveis, fáceis, que dependem somente de nós, de cada um de nós isoladamente, do indivíduo cada vez mais desprovido de suporte institucional no mundo do consumo intenso e a cada dia mais intensificado. E novas questões se colocam: quando não conseguimos? O que isso ocasiona? Vale qualquer sacrifício?

Os documentos apostam que a partir do seguimento das regras, a vida se abre em possibilidades e a promessa de não doença, de juventude, de longevidade se materializa. Apresentam de forma clara que ter uma alimentação saudável é necessário para prevenir um conjunto de doenças: infecciosas e as crônicas não transmissíveis.

Este guia, como parte da responsabilidade governamental em promover a saúde, é concebido para contribuir para a prevenção das doenças causadas por deficiências nutricionais, para reforçar a resistência orgânica a doenças infecciosas e para reduzir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), por meio da alimentação saudável. (BRASIL, 2005, p.15)

Ahora, al menos en el ámbito privilegiado sin duda en el que nos ha tocado vivir, lo que realmente preocupa a los profesionales son los desequilibrios alimentarios y el papel que desempeñan en el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes, la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, las neurodegenerativas, o ciertas formas de cáncer. Todo lo anterior, un reto para el presente y el futuro. Alguien dijo que si el siglo XIX pasará a la historia de la salud como aquel en el que se consiguieron vencer las enfermedades trasmisibles con el descubrimiento de la asepsia y el posterior de los antibióticos, el s. XX será recordado como aquel en el que los avances técnicos nos ayudaron a prolongar la esperanza de vida y luchar contra las consecuencias de las enfermedades crónico-degenerativas, mientras que el s. XXI debería ser aquel en el que dejemos de curar y consigamos prevenir. (FEN/MSSSI, 2013, p15)

Precisamos viver de forma regrada, moderada, vigilante das nossas ações, pois o risco de adoecer está permanentemente colocado. O cumprimento das regras

se alia a uma perspectiva de que é possível evitar o envelhecimento, o adoecimento e a morte. Como afirma Castiel (2010),

Vemos, então, surgir no discurso e na intervenção biomédica uma nova condição medicalizável – o paciente nem doente, nem saudável, pois está sob risco. Esse fato traz importantes conseqüências: na geração de regras comportamentais voltadas à promoção e prevenção de saúde, em última análise, base do projeto de estender a longevidade humana ao máximo possível; no estabelecimento de laços com a produção tecnológica biomédica; na ampliação das tarefas da clínica médica ou, em outros termos, no aparecimento de uma clínica da vigilância de riscos; na criação de demanda por novos produtos, serviços e especialistas... (CASTIEL, 2010, p.26)

O documento comemorativo do dia da Nutrição traduz essa perspectiva de forma clara. Informa que um estilo de vida saudável se associa a uma maior longevidade e para dar maior força de argumentação se apoia nos conhecimentos populares. No item “*Refranes que apoyan la evidencia científica*” lista um conjunto de afirmativas, que apresentamos a seguir:

Vida con fruta y verdura... perdura.
Fruta y camino diario para ser un centenario.
Con huerta y verdura... alejas la sepultura.
Un poco de algo y mucho tomate... no habrá quien te mate. (FESNAD, 2013, verso)

Será que podemos viver sem risco ou este faz parte da vida? Klein, em sua discussão sobre o que é saúde e como fazer para alcançá-la discute que o risco traz prazer e é o que nos mantém vivos e não apenas vivendo (METZL; KIRKLAND, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante que a alimentação e a saúde sejam pensadas na inter-relação de diferentes aspectos da vida. Também é imprescindível a reflexão sobre práticas assentadas em um olhar que privilegia os aspectos biológicos e vem a negligenciar ou desqualificar a importância dos demais.

Olhar para a ideia de alimentação saudável implica, necessariamente, pensar alimentação e saúde. A tônica dos documentos oficiais que tomamos para análise, entretanto, nos falam de nutrição e de doença.

Se alimentação e nutrição andam juntas, assim como saúde e doença, isso não significa, absolutamente, que podemos tomar umas pelas outras.

Ao operar a transformação das “recomendações nutricionais para prevenção de doenças” em “alimentação saudável” – num movimento que ocupa praticamente todo o espaço discursivo com elementos técnicos dirigidos aos indivíduos, relegando a um plano mínimo os condicionantes econômicos, sociais e culturais que estruturam o viver e o adoecer no mundo contemporâneo – toda a responsabilidade sobre o adoecimento recai sobre cada ser humano, culpado último por seu sofrimento e merecedor moral dos tormentos que o acometem.

As proposições dos documentos exigem do indivíduo prudência, autocontrole, temperança, comedimento, moderação e tudo em uma base discursiva de “facilidade”. As instâncias tradicionais, como a família ou a religião são substituídas pela ciência, que se considera com o poder de controlar e regulamentar a vida.

Basta seguir os “conselhos” e “decisões” dos peritos, que a partir dos cálculos e estatísticas definiram o que é melhor para a alimentação. Brasil e Espanha, países com tantas diferenças constroem modelos muito semelhantes, com a perspectiva de que os problemas são globais e, portanto, as proposições também o são. A Organização Mundial da Saúde assume o papel supranacional de fomentar as ações dos países e as realidades e particularidades se dissolvem nesse processo global, desterritorializando o social e o político.

Os documentos são construídos com as marcas da hegemonia biomédica e, com nuances diferentes no Brasil e Espanha, de representação da indústria de alimentos. Os autores com formação nas Ciências Biomédicas e da Saúde e a

ausência de profissionais das Ciências Humanas e Sociais acabam por limitar a possibilidade de incorporar com maior expressão elementos e contribuições para a compreensão das práticas alimentares no contexto da cultura. Com a participação e influência das indústrias na elaboração de proposições ou edição de documentos podemos refletir sobre a possibilidade de somar ou dividir a força política, uma vez que os interesses de mercado nem sempre se aproximam dos interesses científicos. E, como consequência, reiteramos que as proposições acabam por ficar descontextualizadas e, até podemos afirmar idealizadas e inalcançáveis, privilegiando as decisões individuais fundadas sobre informações objetivas ou normas, sem problematizar as dificuldades existentes para a construção e reconstrução cotidiana de mudanças.

Assim, a alimentação é medicalizada, racionalizada, em um processo no qual os alimentos se transmutam apenas de nutrientes, em substâncias químicas necessárias à prevenção e/ou cura de doenças. A contraposição relativa às condições favoráveis ou desfavoráveis não aparece nas regras; tampouco a necessidade de construção de mudanças na sociedade que favoreçam um vida melhor. Não há espaço para o prazer ou para viver o risco, que nos parece fundamental para nos sentirmos vivos e saudáveis. E, muito menos, o exercício necessário de construção e reconstrução cotidiana, de olhar para si, de identificar as necessidades, de buscar uma alimentação fonte de prazer e de reconhecer as condições reais de sua existência.

Para enfrentar o desafio do envelhecimento demográfico e o aumento dos custos para proteção desse grupo populacional, observamos que a pretensão é de regular ou postergar a velhice, mantendo o corpo produtivo e jovem, que onere menos os serviços públicos.

A alimentação como prática precisa ser pensada em uma complexa rede de necessidades biológicas, sociais e culturais. Trabalhar na perspectiva de acesso, autonomia, participação na decisão, cuidado, risco, autossatisfação, ressignificação do comer, são conceitos importantes para uma reflexão sobre a ideia de alimentação saudável para o público idoso.

É necessária a reflexão sobre como os indivíduos lidam com um cotidiano complexo a partir da definição de normas externas, estabelecidas pela ciência e disseminadas pelas instâncias governamentais, profissionais de saúde, mídia. Em que medida elas impõem aos indivíduos um modelo técnico-científico limitando,

assim, a sua própria criação de normas, fragilizando a autonomia e o poder decisório sobre suas vidas?

Obviamente não se trata de negar os caminhos e resultados conquistados que a política, guias, proposições trazem para o enfrentamento da atual problemática do campo da Alimentação e Nutrição e desprezar os esforços das instituições e profissionais, mas é refletir sobre as dificuldades, contradições, limites e os percalços para a vida cotidiana dos indivíduos que precisam manter sua alimentação saudável em um contexto que mais dificulta do que favorece as decisões nesse sentido.

No mundo da globalização alimentar, do acúmulo de capital e do consumo intenso, somos exigidos a tomar decisões alimentares diante de inúmeras opções várias vezes ao longo do dia. Uma possibilidade concreta é apostar nos modos possíveis dos diversos atores (governantes, organizações da sociedade, homens e mulheres, jovens ou velhos...) dirigirem esforços no sentido da reflexão sobre a vida, tal como ela se apresenta, com seus desafios e contradições, valorizando também e com peso substantivo, as mudanças macrossociais, de modo a favorecer a construção de projetos de vida e de felicidade.

REFERÊNCIAS

AGUILERA, J.C. et. al. El impacto de la crisis en las condiciones de vida de las personas mayores. *Colección Informes*, Madrid, n.56, 1º de Mayo, 2013.

ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Rio de Janeiro, v. 3, n.1-3, p.4-20, 2000.

_____. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2011.

ARIÉS, P. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981.

ASSIS, M. et al. Ações educativas em Promoção da Saúde no Envelhecimento. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 31, n. 3, p.438-447, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 43-62, 2007.

BAHIA, L. et al. The coasts of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. *BMC Public Health*. v. 3, 2012. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/440>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

BEAUVOIR, S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BECK, U. *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós, 1998.

_____. *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 2002.

BELTRÃO, K. et al. *Capacidade funcional dos idosos: uma análise dos suplementos saúde da PNAD com a teoria de resposta ao item*. Rio de Janeiro: IBGE. Diretoria de Pesquisas, 2013. 132p. (Textos para discussão; n. 45)

BERNARDO, M. H. J. et al. A saúde no diálogo com a vida cotidiana: a experiência do trabalho educativo com idosos no Grupo Roda da Saúde. *Revista de APS*, v. 12, p. 504-509, 2009.

BEZERRA, I. N. et al. Consumo de alimentos fora do domicílio no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 47, supl 1, p. 200-211, 2013.

BONACCIO M. et al. The Mediterranean diet: The reasons for a success. *Thromb Res*. V. 129, p.401-404, 2012.

BOOG, M.C.F. Educação nutricional: passado, presente e futuro. *Revista de Nutrição PUCAMP*. Campinas, v.10, n.1, 1997, p.5-19.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa alimentação saudável: bolsa-alimentação. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. 2. ed. rev., Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável*. 2. ed. rev., Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. *Alimentação Saudável para pessoas com mais de 60 anos: siga os Dez Passos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Glossário Temático Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 60p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. *Guia Alimentar para a População Brasileira: guia de bolso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Alimentação saudável para a pessoa idosa: Um manual para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 36p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados: relatório executivo*. Rio de Janeiro : ANS, 2011, 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2012 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília : Ministério da Saúde, 2013a, 136p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política nacional de Saúde integral da População negra: uma política para o SUS*. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, CM. (org). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003, p.15-38.

CÂMARA CASCUDO, L. História da Alimentação no Brasil. São Paulo: EDUSP, 1983.

CAMARGO JR., K. R. A Biomedicina. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 15, suppl., 2005, p. 177-201.

CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Revista de Nutrição*. Campinas, v. 13, n3, 2000, p.157-165.

CANESQUI, A. M.; DIEZ-GARCIA, R. W. (Orgs.) *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARAPINHEIRO, G. A globalização do risco social. In.: SANTOS, B.S. (org.). *A globalização e as ciências sociais*. 2. ed., São Paulo: Cortez, 2002. p.197-230.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986.

CARVALHO, M. C. V. S.; LUZ, M. T. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: Instrumentos teóricos para sua interpretação. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, v. 13, p. 313-326, 2009.

CARVALHO, M. C. V. S.; LUZ, M. T.; PRADO, S. D. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.16, n.1, 2011, p.155-163.

CASSINELLO, M. D. et. al. *Informe estudio bio psico social sobre personas de 90 años y más*. Proyecto Investigación I+D+I IMSERSO, 2007.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2010.

CELLARD, A. A análise documental. In.: POUPART, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2. ed, Petrópolis: Vozes, 2010.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 31, n. 2, p.184-200, 1997.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-33, 2002.

CORBEAU, J. Alimentar-se no Hospital: as dimensões ocultas da comensalidade. In.: CANESQUI, A.M.; DIEZ GARCIA, R. W. (Org.). *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p.227-238. (Coleção Antropologia e Saúde)

CORSETTI, B. Análise documental no contexto da metodologia qualitativa: uma abordagem a partir da experiência de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Educação da Unisinos. *UNIrevista*. Porto Alegre, v.1, n.1, 2006, p.32-46.

COSTA, J. F. A subjetividade exterior. Palestra apresentada sob o título de *A Externalização da Subjetividade*. Texto inédito. 2001. Disponível em: <http://jfreirecosta.sites.uol.com.br/artigos/artigos_html/subjetividade.html>. Acesso em: 12 abr. 2012.

CNPq. Tabela de Áreas de Conhecimento. Disponível em: <<http://www.cnpq.br/documents/10157/186158/TabeladeAreasdoConhecimento.pdf>> Acesso em: 11 jun. 2013.

CZERESNIA D. O Conceito de Saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção. In.: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. (org). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003, p.39-53.

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 1999a.

_____. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe e etnicidade. In.: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. *Velhice e Sociedade*. Campinas, SP: Papirus, 1999b, p.41-68,

_____. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, M. M. L. (org.). *Velhice ou terceira idade?* Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Reimp., Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007, p.49-67.

DELGADO, J. A. *Memórias de velhos trabalhadores aposentados: estudo sobre geração, identidade e cultura*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

DELEUZE, Gilles. Controle e Devir. In: _____. *Conversações*. São Paulo: Editora 34, 1992.

DIEZ-GARCIA, R. W. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. *Rev. Nutr. PUCAMP*, Campinas, v. 5, n. 1, 1992, p. 70-80.

_____. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 1997, p. 455-467.

DOUGLAS, M. *Pureza e Perigo*. Ensaio sobre as noções de Poluição e Tabu. trad. por Sônia Pereira da Silva. Lisboa, Edições 70, 1966. (Coleção Perspectivas do Homem; n. 39)

DUMONT, L. *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

ELIAS, N. *O processo civilizador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 1989. v.1,

FABER, M. E. E.; ADORNE FILHO, A.; AGUIAR, M. F. *O Desenvolvimento Econômico Brasileiro e a Industrialização no Período Juscelino Kubitschek*. Disponível em: <<http://www.historialivre.com/brasil/jk1.htm>> Acesso em: 21 mai 2014.

FAGUNDES, A. A. et al. *Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE SOCIEDADES DE NUTRICIÓN, ALIMENTACIÓN E DIETÉTICA (FESNAD); Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). *Comer Bien para Envejecer Mejor*. 2013

FERNÁNDEZ-VERGEL, R. et al. ¿Seguimos realmente una dieta mediterránea?. *Aten Primaria*. v. 37, n. 3, p.148-53, 2006.

FISCHLER, C. *El (h)omnívoro: el gusto, La cocina y El cuerpo*. Barcelona: Editorial Anagrama, 1995.

FISCHLER, C. MASSON, E. *Comer: a alimentação de franceses, outros europeus e americanos*. São Paulo: Editora SENAC, 2010.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 13. ed., Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1999.

_____. Aula de 17 de março de 1976. In.: _____. *Em defesa da sociedade: Curso no College de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p.285-315.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*, 17. ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. *Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREITAS, M. C. S. Educação nutricional: aspectos sócio-culturais. *Revista de Nutrição PUCCAMP*. Campinas, v.10, n.1, 1997, p.45-9.

FREYRE, G. *Açúcar*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

_____. Casa-Grande & Senzala. 30. ed. Rio de Janeiro; São Paulo: Record, 2002.

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN (FEN); INSTITUTO DE NUTRICIÓN Y TRANSTORNOS ALIMENTARIOS; COMUNIDAD DE MADRID. *Guía de la Orientación Nutricional para Personas Mayores*. s/d.

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN (FEN); MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (MSSSI). *Libro Blanco de Nutrición en España*. 2013.

GARCIA, A. A.; GARCIA, A. A. *Um perfil de las personas mayores en España, 2012* – Indicadores estadísticos básicos. Madrid, CSIC/CCHS, Informes Portal Mayores, n.131, 2012.

GARCÍA, A. A.; CATALÁN, C. E. *Un perfil de las personas mayores en España, 2011* - Indicadores estadísticos básicos. Madrid, I CSIC/CCHS, Informes Portal Mayores, n. 127, 2011.

GENERALITAT DE CATALUÑA Y FUNDACIÓN DIETA MEDITERRÁNEA. Taller Alimentación Saludable y Actividad Física: Manual para las Personas Mayores – Vive Más Y Mejor. s/d.

GIDDENS, A. A vida em uma sociedade pós-tradicional. In.: GIDDENS, A; LASH, S.; BECK, U. *Modernização reflexiva: Política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: Ed. UNESP, 2012, p. 89-166.

GRACIA-ARNAIZ, M. *Paradojas de la Alimentación Contemporánea*. Barcelona: Instituto Català d'Antropologia, 1996.

_____. Maneiras de comer hoje: compreender a modernidade alimentar a partir e além das normas. *Rev. Internacional de Sociologia (RIS)*. Tercera Época, n.40, 2005, p. 159-182.

_____. Alimentación y cultura en España: una aproximación desde la antropología social. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, 2010, p. 357-386.

GRACIA-ARNAIZ, M.; COMELLES, J. M. (Eds.) *No comerás: narrativas sobre comida, cuerpo y género em el nuevo milênio*. Barcelona: Icaria editorial S.A., 2007.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. *História, ciências, saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.61-78, 2002.

GUTIERREZ-FISAC et al. La epidemia de obesidad y sus factores relacionados: el caso de España. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.19, Sup. 1, 2003, p.101-110.

HÉRNANDEZ, J. C.; GRACIA-ARNAIZ, M. Alimentación y edad: el caso de las personas mayores o “tercera edad”. In.: _____. *Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel Editora S.A., 2005, p.291-313.

IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional no Brasil*. Rio de Janeiro, 2004.

_____. *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios: Segurança Alimentar 2004*. Rio de Janeiro, 2006.

_____. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil*. Rio de Janeiro, 2010a.

_____. *Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: Síntese de Indicadores Sociais*. Rio de Janeiro, 2010b.

_____. *Sinopse do Censo Demográfico de 2010*. Rio de Janeiro, 2011.

_____. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Série Estudos e Pesquisas, n.32, Rio de Janeiro, 2013.

_____. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional no Brasil*. Rio de Janeiro, 2014.

IMBASSAHY, M.; PRADO, S. D.; AMORIM, A. E. (orgs.). *Sabores & Lembranças: narrativas sobre alimentação, saúde e cultura*. Rio de Janeiro: UnATI / UERJ, 2006. (Série Livros Eletrônicos. Textos & Memórias).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA/MINISTÉRIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES Y IGUALDAD (INE/MSSSI). *Mujeres y hombres en España 2010*. Madrid: Índice-Librería del INE, 2010.

_____. *Encuesta nacional de la salud 2011-2012*. 2012a. Disponível em: <<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p419&file=inebase&L=0>>. Acesso em: 2 jul. 2013.

_____. *Encuesta nacional de la salud 2011-2012*. 2012b. Notas de prensa. 14 de marzo de 2013. Disponível em: <<http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2013.

KINGDON, J. *Agendas, alternatives and public choices*. Boston: Little Brown, 1984.

KINSELLA, KEVIN; WAN HE, U. S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1, *An Aging World: 2008*, U.S. Government Printing Office, Washington, DC, 2009.

KLEIN, R. What is health and how do you get it? In.: METZL, J.M.; KIRKLAND, A. *Against Health: How Health the new morality*. New York: New York University, 2010, p. 15-25.

LE BRETON, D. *A sociologia do corpo*. 5. ed, Petrópolis, RJ: Vozes, 2011a.

_____. *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011b.

LLAMAS, F. P.; AZCONA, A. C. Situaciones fisiológicas y etapas de la vida: Personas Mayores. In.: MOREIRAS, G. V. et al. *Libro blanco de Nutrición en España*. Madrid: FEN/MSSSI/AESAN, p.73-84, 2013.

LIZARRAGA, M.M.R. El control parlamentario del Gobierno en España. *Revista Jurídica de Navarra*. v. 41, p.113-126, 2006.

LOUVISON M.C.P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-40, 2008.

MARINHO, E.; LINHARES, F. CAMPELO, G. Os Programas de Transferência de Renda do Governo Impactam a Pobreza no Brasil? *RBE*, Rio de Janeiro, v. 65, n. 3, p. 267–288, 2011.

MENEZES, M. F. G. et al. Metodologia participativa com idosos: experiência do curso Nutrição e Terceira Idade. In: SEMINÁRIO DE METODOLOGIA PARA PROJETOS DE EXTENSÃO, 6., São Carlos, 2008. *[Anais]*. UFSCarlos, 2008. Disponível em: <<http://www.proex.ufscar.br/sempe>>. Acesso em: 2012.

METZL, J. M.; KIRKLAND, A. *Against Health: How Health the new morality*. New York: New York University, 2010.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (MSSSI). *Estrategia para Nutrición, Atividade Física e Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS)*. 2005

_____. *Come Sano y Muévete: 12 Decisiones Saludables*. s/d.

MINTZ, S. W. Comida e Antropologia: uma breve revisão. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, v.16, n.47, 2001, p.31-41.

MORAES, E. N. et al. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Médica de Minas Gerais*. Belo Horizonte, v.20, n.1, 2010, p.67-73.

NERI, A. L. (org.). *Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. 3. ed, Campinas, SP: Editora Papyrus, 2007.

NAVARRO, A. I. N.; MONCADA, R. O. Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. *Nutr Hosp*. v. 26, n. 2, p.330-336, 2011.

OECD Tourism Trends and Policies 2012. *Tendencias y políticas del turismo de la OCDE 2012: Resumen en español*. Disponível em: <http://www.oecd.org/cfe/tourism/trends_exe_sum_spanish.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2013.

OLIVEIRA, D. *Dos cadernos de receitas às receitas de latinha: Indústria e tradição culinária no Brasil*. São Paulo: Ed. SENAC São Paulo, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Estratégia Global para a Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde: 57.ª Assembléia Mundial de Saúde: Wha 57.17 8.ª sessão plenária de 22 de Maio de 2004 (versão em português, tradução não oficial)*. [S.l.], 2004.

PADOVANI, R. M. et al. Dietary reference intakes: aplicabilidade das tabelas em estudos nutricionais. *Revista de Nutrição*. Campinas, v.19, n.6, p.741-760, 2006.

PAIM, J. et al. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. Saúde no Brasil 1. Publicado online 9 de maio de 2011. Disponível em: <download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> . Acesso em 29 maio 2014.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Declaracion de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm>. Acesso em: maio 2010.

PAULILO, M.A.S.; JEOLAS, L.S. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.175-84, 2005.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In.: BARROS, M. M. L. (org.). *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Reimp., Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007, p.69-84.

PETERSEN, A.; LUPTON, D. *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*. Londres: Sage, 1996.

PORCEL, M. A.; VALPUESTA, E. R. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos*. Madrid, v.23, n.4, 2012, p.151-155.

PRADO, S. D. et al . Alimentação e nutrição como campo científico autônomo no Brasil: conceitos, domínios e projetos políticos. *Revista de Nutrição*. Campinas, v. 24, n. 6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 maio 2012.

RECHEL, B. et al. Health in Europe 6: Ageing in the European Union. *Lancet*. v.381, 2013, p. 1312-22.

RIOS, M. S. et al. *Guia de alimentación para personas mayores*. Madrid: ERGON, 2010.

RODRIGUES, J.C. *Tabu do corpo*. 7. Ed. rev. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2010.

ROUDINESCO, E. *Filósofos na tormenta: Canguilhem, Sartre, Foucault, Althusser, Deleuze e Derrida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

ORTIZ, M. A .R. *La organización territorial de España a lo largo de la historia. Publicación digital de Historia y Ciencias Sociales*. Artículo Nº 185, 2011. Disponível em: <<http://www.claseshistoria.com/revista/2011/articulos/ruiz-organizacion-espana.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2013.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. São Leopoldo, ano I, n.1, p.1-15, 2009.

SANTOS, F. Escolhas institucionais e transição por transação: sistemas políticos de Brasil e Espanha em perspectiva comparada. *Dados*, v.43, n.4, 2000.

SANTOS, B. S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estudos Avançados*. São Paulo, v. 2, n. 2, Aug. 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141988000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Mai 2012.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. São Leopoldo, ano I, n.1, 2009, p.1-15.

SERGE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.31, n.5, 1997, p. 538-42.

SFEZ, L. A. *Saúde Perfeita*. São Paulo: Loyola, 1996.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.7, n.4, 2002, p.899-906.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN COMUNITARIA (SENC). *Guía de la alimentación saludable*. Madrid, 2004, 105p.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (orgs.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p.11-22.

TEIXEIRA, I. N. D. O.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia. USP*. São Paulo, v.19, n.1, 2008, p.81-94.

VERAS, R. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará-UERJ, 1994.

VILLANUEVA, C. L.; RUBIÉS, I. P. Transformaciones sociodemográficas y territoriales de los hogares unipersonales en España. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, n. 55, 2011, p. 153-182.

WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.