



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DO CONSUMO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONSUMO, COTIDIANO E
DESENVOLVIMENTO SOCIAL

João Guilherme Carvalho de Freitas

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS/AS DE DIFERENTES CLASSES
SOCIAIS SOBRE OS FATORES QUE SE INTERPÕEM AO CONSUMO
ALIMENTAR SAUDÁVEL NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO COM
QUALIDADE DE VIDA**

Recife-PE

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DO CONSUMO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONSUMO, COTIDIANO E
DESENVOLVIMENTO SOCIAL

João Guilherme Carvalho de Freitas

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS/AS DE DIFERENTES CLASSES
SOCIAIS SOBRE OS FATORES QUE SE INTERPÕEM AO CONSUMO
ALIMENTAR SAUDÁVEL NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO COM
QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social (PPGCDS) do Departamento de Ciências do Consumo/Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Joseana Maria Saraiva.

Recife-PE

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFRPE
Biblioteca Central, Recife-PE, Brasil

F866r Freitas, João Guilherme Carvalho de
Representações sociais de idosos/as de diferentes classes sociais
sobre os fatores que se interpõem ao consumo alimentar saudável no
processo de envelhecimento com qualidade de vida / João Guilherme
Carvalho de Freitas. – 2019.
154 f. : il.

Orientadora: Joseana Maria Saraiva.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Rural de
Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano
e Desenvolvimento Social, Recife, BR - PE, 2019.
Inclui referências e apêndice(s).

1. Consumo alimentar 2. Hábitos alimentares 3. Envelhecimento
4. DCNT 5. Qualidade de vida I. Saraiva, Joseana Maria, orient.
II. Título

CDD 640

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS/AS DE DIFERENTES CLASSES
SOCIAIS SOBRE OS FATORES QUE SE INTERPÕEM AO CONSUMO
ALIMENTAR SAUDÁVEL NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO COM
QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social (PPGCDS) do Departamento de Ciências do Consumo/Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre .

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA:

ORIENTADOR (A)

Profa. Dra. Joseana Maria Saraiva
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Examinadora Interna

Profa. Dra. Celiane Gomes Maria da Silva
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Examinadora Externa

Prof. Dra. Raquel de Aragão Uchoa Fernandes
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Examinador Interno

Prof. Dra. Neide Kazue Sakugawa Shinohara
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Examinadora Externa

*Aos meus pais, **Schirley e João**,
pelo apoio incondicional nessa
jornada de aprendizados e
conquistas.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço **aos meus pais, irmãos, Shakira e demais familiares** pelo apoio e incentivo em toda jornada escolar e formação acadêmica. Em particular, a minha Mãe, educadora exemplar, por acreditar na minha capacidade e nos frutos que colheria pela dedicação aos estudos, fosse na Gastronomia, ou em qualquer outra área;

A **Universidade Federal Rural de Pernambuco/UFRPE** pela oportunidade que me foi dada de cursar esse mestrado e concluir com êxito, sinto-me orgulhoso e feliz!

À **Prof^a. Doutora Joseana Maria Saraiva**, orientadora deste trabalho, pelo estímulo, amizade, compreensão, sobretudo, um especial agradecimento pela troca de conhecimentos e ensinamentos ao longo de todo período de construção desse estudo e mesmo antes do mestrado pelas oportunidades de participar dos projetos de extensão sob sua coordenação e através deles publicar inúmeros trabalhos científicos e adquirir novas experiências. Agradeço também pelos trabalhos publicados em congressos nacionais e internacionais e na forma livro. Minha eterna gratidão!

Aos/as **idosos/as sujeitos da pesquisa**, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho;

À **Coordenação e Vice Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social - Prof.^a Dr.^a Laura Suzana Duque Arrazola e a Prof.^a Dr.^a Maria Alice Rocha**, assim como a todos/as os/as professores/as do Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social, pelos ensinamentos e aprendizagens;

Agradeço **aos meus pais, irmãos, Shakira minha cadela e demais familiares** pelo apoio e incentivo em toda jornada escolar e formação acadêmica. Em particular, a minha **Mãe, Schirley**, educadora exemplar, por acreditar na minha capacidade e nos frutos que colheria pela dedicação aos estudos, fosse na Gastronomia, ou em qualquer outra área;

Aos **meus amigos** que sempre torceram por mim, em particular **Izautino**, pela companhia de sempre e confiança em meu trabalho.

A estudante do curso de Ciências do Consumo/UFRPE. **Diana Renata Ferreira** pela ajudar na coleta de dados dos sujeitos da pesquisa.

À **Rodolpho**, meu companheiro, pelo compartilhamento das boas experiências e pelo apoio ao longo desses 5 anos ou mais;

Aos **colegas, amigos e empadas no Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social/UFRPE – Menina Bia**, por ser minha confidente e contribuir com as caronas; **Kássia e Bruna**, por compartilharmos tantas empadas maravilhosas; Renata, Isabela, Priscila, Isaac, Val, Thereza, Gioconda, Renan;

Às Secretárias do Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social, **Ana Engracia** e **Maria Isabel** pelo apoio nas horas precisas;

Aos meus **professores/as do Curso de Bacharelado em Nutrição** os quais foram fundamentais para desenvolvimento do pensamento crítico sobre saúde e alimentação;

Professora **Neide Shinohara do Curso de Gastronomia /UFRPE** que deu a “ponta pé” inicial na minha jornada acadêmica e compartilha comigo sua sabedoria e amizade;

Ao **CNPq e a CAPES** pelo apoio financeiro ao longo do mestrado;

A meu esforço e dedicação.

RESUMO

Estudos mostram o aumento da população idosa no Brasil e evidenciam o perfil dos/as idosos/as e seus problemas de saúde, particularizando, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), determinadas por diversos fatores, econômicos, sociais e culturais, sobressaindo-se, as mudanças nos hábitos e no consumo alimentar, contradições da sociedade de consumo contemporânea, que influenciaram novos pensamentos, novos hábitos, novos costumes e novas práticas alimentares. Nesse contexto, os estudos ressaltam que a grande maioria dos/as idosos/as não sabe identificar os alimentos saudáveis e aqueles que são prejudiciais à saúde e acabam cometendo desvios nutricionais comprometendo a qualidade de vida, sobretudo no processo de envelhecimento. Diante dessa problemática os estudos ressaltam ainda, a necessidade de se buscar compreender, a partir da visão dos/as próprios/as idosos/as seus hábitos, consumo alimentar e como concebem a alimentação saudável e sua relação com a qualidade de vida. Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo analisar e compreender as representações sociais de idosos/as de diferentes classes sociais da cidade de Recife-PE acerca da relação consumo alimentar saudável e qualidade de vida no processo de envelhecimento. Mais, especificamente, compreender os fatores que se interpõem a uma alimentação saudável no processo de envelhecimento a partir da visão dos/as próprios/as idosos/as. Trata-se de um estudo de caso, de abordagem *quantiquali*, cujo método de análise se constitui das representações sociais dos sujeitos, através do qual se apreendeu as visões, palavras, emoções, hábitos, valores sociais e culturais, permitindo encontrar elementos do discurso social trazido pelos sujeitos para melhor compreensão dos fenômenos sociais investigados. A amostra da pesquisa se constitui de 40 idosos/as, de ambos os gêneros, na faixa etária entre 60-90 anos de idade, pertencentes às classes sociais A, B, C, D e E, conforme classificação socioeconômica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico-IBGE (2015). Para tanto, o instrumento de coleta de dados se constituiu de um formulário de entrevista integrando questões abertas e fechadas sobre as variáveis a serem investigadas. Os resultados mostram que a maioria dos/as entrevistados/as é do gênero feminino, com maior concentração na faixa etária de 60 a 74 anos de idade e que a maioria possui Ensino Fundamental Incompleto e que apenas 7,5% possui grau superior completo. Os salários, benefício e pensões, via de regra, não ultrapassou dois salários mínimos para os/as idosos/as da classe D e E e 20 salários mínimos para os/as idosos/as das classes A e B. As análises das representações sociais dos sujeitos a respeito do fenômeno investigado mostram diversos fatores que se interpõem a prática de uma alimentação saudável no processo de envelhecimento com qualidade de vida, a partir da visão dos/as próprios/as idosos/as. Influenciados pelas interpretações, ideias, visões e concepções que possuem a respeito do fenômeno social estudado, o estudo evidenciou a carência de conhecimentos científicos ou sistematizados sobre as categorias investigadas – hábitos alimentares; alimentação saudável; envelhecimento; qualidade de vida - predominando o conhecimento do sensu comum baseado nas experiências cotidianas dos/as idosos/as sujeitos da pesquisa. Em relação aos fatores que se interpõem a prática de uma alimentação saudável no processo de envelhecimento com qualidade de vida, destacam-se a partir das análises das representações sociais diversos fatores, entre os quais: a classe social; os baixos salários auferidos, sobretudo, os benefícios e pensões; o grau de escolaridade, por conseguinte, o conhecimento científico que se distingue das crenças e das opiniões do sensu comum. A construção de um entendimento menos fragmenta e mais ampliado em relação ao fenômeno estudado configura-se como um dos desafios para grande maioria dos/as idosos/as saber identificar os alimentos que fazem bem e aqueles que são prejudiciais à saúde e evitar cometer erros que prejudicam a mudança de hábitos alimentares e a prática alimentar saudável, resultando em qualidade de vida no processo de envelhecimento. Nesse contexto, sem desconsiderar a condição financeira de acordo com a classe social decorrentes das aposentadorias e/ou pensões, são insuficientes e acabam por interferir no gasto destinado a alimentação, favorecendo o consumo de alimentos de baixo custo, de fácil preparo, muitos vezes ricos em gordura, carboidratos simples, sódio e aditivos químicos que contribuem para o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, especialmente no grupo dos/as idosos/as.

Palavras-chave: Consumo alimentar. Hábitos alimentares. DCNT. Envelhecimento. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Studies show the increase of the elderly population in Brazil and show the profile of the elderly and their health problems, particularly the Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs), determined by various economic, social and cultural factors, standing out, changes in eating habits and consumption, contradictions of contemporary consumer society, which influenced new thoughts, new habits, new customs and new eating practices. In this context, the studies emphasize that the vast majority of the elderly do not know how to identify healthy foods and those that are harmful to health and end up committing nutritional deviations compromising the quality of life, especially in the aging process. Given this problem, the studies also emphasize the need to seek to understand, from the view of the elderly themselves, their habits, food consumption and how they conceive healthy eating and its relationship with quality of life. From this perspective, this study aims to analyze and understand the social representations of elderly people from different social classes in the city of Recife-PE about the relationship between healthy food consumption and quality of life in the aging process. More specifically, understand the factors that stand in the way of healthy eating in the aging process from the viewpoint of the elderly themselves. It is a case study, with a quantiquali approach, whose method of analysis consists of the social representations of the subjects, through which the visions, words, emotions, habits, social and cultural values were apprehended, allowing to find elements of social discourse. brought by the subjects for a better understanding of the social phenomena investigated. The research sample consists of 40 elderly, of both genders, aged between 60-90 years old, belonging to social classes A, B, C, D and E, according to the socioeconomic classification of the Brazilian Institute of Geography. and Statistics-IBGE (2015). Therefore, the data collection instrument consisted of an interview form integrating open and closed questions about the variables to be investigated. The results show that most of the interviewees are female, with a higher concentration in the age group from 60 to 74 years old and that most have incomplete elementary school and that only 7.5% have completed higher education. Salaries, benefits and pensions, as a rule, did not exceed two minimum wages for the elderly in class D and E and 20 minimum wages for the elderly in class A and B. The analysis of social representations of the subjects about the investigated phenomenon show several factors that stand in the way of healthy eating in the aging process with quality of life, from the viewpoint of the elderly themselves. Influenced by the interpretations, ideas, visions and conceptions they have about the studied social phenomenon, the study evidenced the lack of scientific or systematized knowledge about the investigated categories - eating habits; healthy eating; aging; quality of life - predominant knowledge of the common sense based on the daily experiences of the elderly subjects. Regarding the factors that hinder the practice of healthy eating in the aging process with quality of life, the following factors stand out from the analysis of social representations, including: social class; low wages, especially benefits and pensions; the educational level, therefore, the scientific knowledge that differs from the beliefs and opinions of the common sense. The construction of a less fragmented and broader understanding regarding the phenomenon studied is one of the challenges for the great majority of the elderly to know how to identify the foods that are good and those that are harmful to health and to avoid making mistakes that impair the change in eating habits and healthy eating practice, resulting in quality of life in the aging process. In this context, without disregarding the financial status according to social class resulting from retirement and / or pensions, they are insufficient and end up interfering with food expenditure, favoring the consumption of low-cost, easily prepared, often rich foods in fat, carbohydrates, sodium and chemical additives that contribute to the development of chronic non-communicable diseases, especially in the elderly group.

Key-words: Food Consumption. Eating habits. Noncommunicable chronic diseases. Aging. Quality of life.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|------------|
| Tabela 1 – Caracterização do Perfil Sócio – Demográfico do/as idosos/as das classes sociais pesquisadas – Recife, 2019..... | 75 |
| Tabela 2 – Caracterização do Perfil Socioeconômico dos/as idosos/as participantes da pesquisa conforme classe social – Recife, 2019..... | 81 |
| Tabela 3 – Representações sociais dos/as idosos/as sobre hábitos alimentares saudáveis e alimentação saudável – Recife, 2019..... | 87 |
| Tabela 4 – Representações sociais dos/as idosos/as em relação a considerar sua alimentação como saudável – Recife, 2019..... | 96 |
| Tabela 5 – Representações sociais dos/as idosos/as sobre envelhecimento – Recife, 2019..... | 102 |
| Tabela 6 – Representações sociais dos/as idosos/as sobre envelhecimento e alimentação saudável – Recife, 2019..... | 104 |
| Tabela 7 – Representações sociais dos/as idosos/as sobre o entendimento que possuem sobre qualidade de vida e como avaliam sua qualidade de vida – Recife, 2019..... | 112 |
| Tabela 8 – Representações sociais dos/as idosos/as acerca dos fatores que contribuem ou se interpõem a uma alimentação saudável no processo de envelhecimento com qualidade vida – Recife, 2019..... | 118 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADV – Atividades Diárias da Vida

CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar E Nutricional

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada

DTA – Doenças Transmitidas por Alimentos

EAN – Educação Alimentar e Nutricional

FAO – Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura

FMI – Fundo Monetário Internacional

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAN – Instituto Nacional de Alimentação E Nutrição Fome

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

NUEPEQV/ UFRPE – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida

NEPIAD/ UFRPE – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Públicas para a Infância e Adolescente

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

POF – Pesquisa de Orçamento Familiar

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

VIGITEL – Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

UFRPE – Universidade Federal Rural de Pernambuco

SUMÁRIO

| | | |
|---|---|-----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 | CONTEXTO SÓCIO HISTÓRICO E CULTURAL REFERENTES ÀS PRÁTICAS DE CONSUMO ALIMENTAR NAS SOCIEDADES E SEUS REFLEXOS NAS MUDANÇAS DE HÁBITOS | 24 |
| | 2.1 Práticas de consumo alimentar: das sociedades ágrafas | 24 |
| | 2.2 Práticas de consumo alimentar: na Idade Antiga | 28 |
| | 2.3 Práticas de consumo alimentar: na Idade Média | 32 |
| | 2.4 Práticas de consumo alimentar: final da Idade Média a Modernidade | 37 |
| | 2.5 Práticas de consumo alimentar: da Revolução Industrial a sociedade contemporânea | 41 |
| 3 | DESENVOLVIMENTO TEÓRICO-CONCEITUAL SOBRE HÁBITOS E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: DIMENSÕES QUE OS CONFORMAM NA CONTEMPORANEIDADE | 53 |
| 4 | PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E CONSUMO ALIMENTAR: FATORES QUE SE INTERPÕEM A UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL | 64 |
| 5 | PERCURSO METODOLÓGICO | 69 |
| | 5.1 Abordagem e tipologia do estudo | 69 |
| | 5.2 Universo e amostra da pesquisa | 69 |
| | 5.3 Instrumentos e técnicas de coleta de dados | 71 |
| | 5.4 Método de análise dos dados | 72 |
| 6 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 74 |
| | 6.1 Análise e discussão do perfil socioeconômico e demográfico dos/as idosos/as participantes da pesquisa | 74 |
| | 6.4 Análise e discussão das representações sociais dos/as idosos/as participantes da pesquisa sobre qualidade de vida, como avaliam sua qualidade de vida e acerca dos fatores que se interpõem a uma alimentação saudável no processo de envelhecimento com qualidade de vida, apresentada nas Tabelas 7 e 8 | 110 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 124 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA | 127 |
| | APÊNDICE A – Roteiro para entrevista | 145 |

1 INTRODUÇÃO

Justificar os motivos que me levaram a realizar este estudo implica explicar o porquê da escolha da problemática que lhe originou. Quando ainda estudante do curso de graduação em Gastronomia, a discussão sobre a relação do ser humano com o alimento e a promoção da saúde e da qualidade de vida já me chamava atenção. Após concluir o curso de Gastronomia, ingressei no curso de Nutrição e nesse processo, o interesse por essa temática persistiu na minha formação acadêmica.

Seguindo a trajetória profissional tive oportunidade de me aproximar do curso de Economia Doméstica/UFRPE, através do qual me integrei ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Envelhecimento, Consumo e Qualidade de Vida (NUEPECQV) onde participei de atividades de ensino, pesquisas e de extensão voltadas para questões relativas ao envelhecimento com qualidade de vida, entre as quais trabalhei com hábitos alimentares e consumo alimentar saudável tendo em vista a promoção da saúde e a qualidade de vida no processo de envelhecimento e também na infância ministrando oficinas de Educação Alimentar e Nutricional para as crianças participantes do projeto Ações Socioeducativas desenvolvido pelo NEPIAD/UFRPE.

A partir dos estudos realizados no NUEPECQV tive oportunidade de participar de vários eventos de natureza científica, nos quais apresentei e publiquei trabalhos. Em 2016, participei do Congresso Internacional de Envelhecimento Humano – CIEH, cuja temática central tratou sobre "pensar as políticas de envelhecimento populacional, valorizando modelos diferenciados de estilo de vida". Nos grupos de trabalho do referido congresso com foco na alimentação, na saúde e na prevenção de doenças, constatei que nenhum artigo relacionou qualidade de vida à alimentação saudável e nem a condição de classe social dos/as idosos/as.

O ingresso no Programa de Pós-graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social / UFRPE me propiciou a oportunidade de aprofundar a problemática sobre a relação alimentação *versus* qualidade de vida no processo de envelhecimento, especificamente, analisar que fatores se interpõem ao consumo de uma alimentação saudável no processo de envelhecimento, a partir da condição de classe dos sujeitos investigados.

Tendo em vista toda essa trajetória, para Santos (2017, p. 166) qualidade de vida para os/as idosos/as tem classe, ou seja, está diretamente relacionada com a condição de vida, com o nível educacional e com os rendimentos, que vão determinar a posição que cada indivíduo idoso/a ocupa na sociedade, as características culturais, de lazer, principalmente, o consumo de bens (produtos) e de serviços das diferentes classes sociais.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 9) a ideia de envelhecimento com qualidade de vida está associada ao bem-estar das camadas superiores, mais favorecidas, em detrimento do bem-estar das classes menos favorecidas, relacionado à baixa condição econômica. Para os/as idosos/as das classes menos favorecidas, o consumo de produtos básicos como gêneros alimentícios, é sempre associado à condição econômica, de salário e de renda, considerando as demandas e necessidades básicas para a sobrevivência (SANTOS, 2017, p. 168).

Com base nesses pressupostos, a condição de classe social torna-se imprescindível nos estudos que envolvem categorias de estudo como envelhecimento e qualidade de vida. Para Santos e Saraiva (2017, p. 93) a condição de classe dos/as idosos/as necessita ser considerada para o entendimento das categorias envelhecimento e qualidade de vida, sobretudo, para apreender as contradições que conformam os fatores que determinam consumo diferenciado de produtos e de serviços pelos idosos/as no processo de envelhecimento.

A evolução demográfica no mundo e no Brasil é uma realidade e também se constituiu fator relevante para a escolha do problema investigado nesse estudo. O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre em escala global e esse processo caracteriza-se pelo constante aumento da expectativa de vida. No Brasil, particularmente, o crescimento desse segmento tem sido expressivo, a exemplo, segundo o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), o percentual de idosos de 60 anos ou mais, passou de 9,7%, em 2004, para 13,7%, em 2014, sendo o grupo etário que mais cresceu na população. A expectativa é que em 2030, esta proporção equivale a 18,6%, e, em 2060, de 33,7%, isso explica que a cada três pessoas na população, uma terá pelo menos 60 anos de idade (IBGE, 2015).

A partir dessa realidade, o envelhecer com qualidade de vida propiciou maior visibilidade a velhice, sobretudo, pelo mercado, que percebe o/a idoso/a como possível consumidor/a de produtos e de serviços oferecidos pela indústria de

alimentos, do lazer, da cultura, da estética, da moda, da saúde e de outras formas de consumo, como a tecnologia para idosos/as.

Segundo Santos (2017, p. 19) para atender as necessidades e demandas desse segmento, emerge um mercado exclusivo, não mais limitado apenas a medicamentos e serviços de saúde, mas agora voltado também para a realização e satisfação das novas demandas de consumo desta população, oferecidos pela indústria de alimentos, dos cosméticos, da medicina estética, entre outros, que garante um novo modo viver, um estilo de vida saudável.

Particularizando a indústria de alimentos, com o crescimento da população idosa o mercado se encontra em ampla expansão. A evolução demográfica refletiu diretamente na mudança de hábitos alimentares dos/as idosos/as e, sobretudo, no consumo alimentar. Estudos mostram - Campos (2008); Almeida, Guimarães e Rezende (2010); Monteiro (2012); entre outros, que devido além da diminuição de algumas funções do corpo, como a perda da sensibilidade gustativa, à progressiva incapacidade para realizar sozinho as atividades cotidianas, principalmente, as atividades de preparo e cocção de alimentos, os/as idosos/as têm dado preferência a consumir alimentos de fácil preparo, evitando os que possam causar dificuldades de manipulação durante as refeições. Além disso, o processo de envelhecimento considera também outras dinâmicas sociais e psicológicas, que podem contribuir para alimentação inadequada desse segmento.

Com evolução demográfica, a entrada da mulher no mercado de trabalho – considerada a principal cuidadora dos/as idosos/as - e com os novos modelos e arranjos familiares, começa a delinear-se a crise no cuidado desse segmento populacional. Para Fabrício (2017, p. 14), idosos/as precisam de atenção especial por vários motivos e a perda da autonomia e da independência, necessita, muitas vezes, do apoio de outros para realizar atividades essenciais à vida diária, de familiares ou de alguém que cuide deles/as. Nessas circunstâncias, ir ao supermercado para a aquisição de alimentos, bem como a preparação das refeições se tornarem uma tarefa muito difícil e estressante.

Essa situação vai se refletir diretamente no consumo alimentar dos/as idosos/as que passam a consumir cada vez menos alimentos naturais e cada vez mais, alimentos ultraprocessados, que passaram por uma série de processos industriais, alterando a funcionalidade do alimento.

O que se constata é que os hábitos alimentares mudaram, principalmente, nas grandes cidades, onde antes do advento das indústrias de alimentos e dos avanços tecnológicos, se produzia refeições mais saudáveis - com alimentos sazonais, frescos e pouco processados, com sabor natural, consistência e aparência – se consome hoje, refeições mais simples e rápidas, fáceis de consumir uma vez que já vem prontas ou quase.

Ocorre que, o ser humano, crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, estão substituindo refeições tradicionais baseadas em alimentos de verdade, como arroz, feijão, carne, saladas e frutas, pela conveniência apresentada por alimentos prontos, industrializados, vazios em nutrientes e ricos em sal, açúcar, gorduras e outras substâncias químicas – aditivos, conservantes, estabilizante, aromatizantes e corantes - que agravam ainda mais o problema. O uso contínuo e sistemático desses alimentos trás riscos a saúde, sobretudo, dos idosos mais vulneráveis as doenças crônicas degenerativas.

Segundo Minayo (2017) uma parte expressiva dos/as idosos/as do Brasil acima de 60 anos de idade, possui alguma ou múltiplas dependências físicas, psíquicas e sociais. Essas pessoas são as mais vulneráveis a doenças, violências, negligências e abandono e entre estas, as pobres e as que não têm família são as mais frágeis e mais vulneráveis a doenças. Também são essas as maiores vítimas da escassez de recursos, ficando a cargo das famílias atenderem às suas necessidades e demandas, comprometendo sua saúde e qualidade de vida.

Outros estudos – Chaimowick (1997); Campos (2000); Bós (2007); Campos (2008); Mendonça (2010); Menezes et al. (2010); Almeida et al. (2011), entre tantos outros, concordam que os/as idosos/as a partir dos 65 anos de idade é o grupo mais vulnerável as doenças, sobretudo, aquelas caracterizadas como crônicas não transmissíveis, resultantes do estilo de vida, chamados de doenças da modernidade (cânceres, hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, respiratórias, renais, músculo-esqueléticas, dentária e psíquicas). Doenças geralmente associadas aos problemas decorrentes do envelhecimento das populações e às causas externas. Entre essas últimas, os problemas sócio-econômicos que expõem grandes segmentos da população a condições de carência e demanda de consumo não satisfeito, fatores nutricionais relacionados à alimentação inadequada, alcoolismo, tabagismo ou outros hábitos.

Como problemas decorrentes de causas externas, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL (BRASIL, 2015, 2016) o consumo de alimentos doces - de sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces, como também de refrigerantes - vêm aumentando no segmento idoso a partir dos 65 anos, numa frequência de 5 ou mais dias na semana. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) em uma coletiva realizada em Brasília e transmitida pelo Periscope do Ministério divulgou os dados da VIGITEL (BRASIL, 2016) sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT. Os dados mostram que as DCNTs aumentam com o avanço da idade e que atinge percentuais altos da população idosa a partir dos 65 anos, sendo mais frequente naqueles com menor escolaridade. A obesidade aumentou consideravelmente nos últimos 10 anos, de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016. O diagnóstico médico de diabetes passou de 5,5% em 2006 para 8,9% em 2016 e o de hipertensão de 22,5% em 2006 para 25,7% em 2016. Hipertensão arterial e diabetes também apresentam taxas elevadas na população, principalmente em idosos e com menor nível de instrução.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017, 2018) esses dados reforçam a tendência do crescimento de portadores das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, sinalizando que as medidas implementadas na tentativa de diminuir esses números, infelizmente ainda não conseguem evitar o problema em sua totalidade. Faz-se necessário a implementação urgente de estratégias efetivas para combater essas epidemias.

Entre essas estratégias reforça a importância essencial do foco na prevenção primária, capaz de garantir que as gerações futuras não corram o risco de morrer de forma prematura por causa dessas doenças. Para essas e outras intervenções, que trarão enormes benefícios, é preciso que os formuladores de política, os gestores públicos e os tomadores de decisão estejam preparados e atentos e em condições de neutralizar interesses contrários, por exemplo, da indústria de alimentos e outras instituições (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012, p. 33).

Para essas organizações o registro correto e completo de dados sobre as DCNTs, inclusive novas pesquisas e estudos mais completos são mecanismos eficazes para diagnosticar e monitorar os fatores que levam ao consumo alimentar inadequado e ao risco as DCNTs e assim contribuir para o progresso na prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida. Para tanto, as instâncias do setor saúde, nas diversas esferas políticas e institucionais, devem mobilizar recursos,

desenvolver políticas, identificar melhores práticas e construir parcerias para o apoio prioritário à pesquisa.

Nesse sentido, os estudos de Campos (2000), Campos (2008), Mendonça (2010), Menezes et al. (2010), e Almeida et al. (2011) reforçam que se torna primordial, nas investigações sobre consumo e hábitos alimentares ouvir os sujeitos, considerar a percepção pessoal sobre estes fenômenos, considerando conceitos, expectativas, visões, concepções e padrões de consumo conforme o contexto socioeconômico, cultural e o sistema de valores onde se encontra inseridos/as.

Estudos de maior abrangência no campo da Saúde Coletiva enfatizam preocupações com a qualidade de vida dos idosos, tanto no que se refere aos seus aspectos subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal), quanto às suas necessidades básicas mais objetivas da vida. Qualidade de vida definida nas palavras de Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 8) significa uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, religiosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

O estudo se caracteriza como explicativo quanto a sua natureza, de abordagem qualitativa e *de caso*, tendo por método de análise as representações sociais, que vão permitir encontrar elementos do discurso social trazidos pelos sujeitos para melhor compreensão dos fenômenos sociais investigados.

Estudos mostram (BRASIL, 2017; PESQUISA DE ORÇAMENTO FAMILIAR, 2008, 2009; VIGITEL, 2016, 2017) que o consumo de alimentos doces - de sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos, entre outros como refrigerantes - vem aumentando no segmento idoso a partir dos 65 anos, numa frequência de 5 ou mais dias na semana, substituindo refeições tradicionais baseadas em alimentos mais saudáveis, como arroz, feijão, carne, saladas e frutas, pela conveniência apresentada por alimentos prontos, industrializados, vazios em nutrientes e ricos em sal, açúcar, gorduras e outras substâncias químicas que agravam ainda mais a saúde.

Segundo Minayo (2017) uma parte expressiva dos/as idosos/as do Brasil acima de 60 anos de idade, sobretudo, das classes menos favorecidas, os mais pobres, são mais vulneráveis a doenças, violências, negligências e abandono. Também são essas as maiores vítimas da escassez de recursos, ficando a cargo das famílias atenderem às suas necessidades e demandas, comprometendo sua condição e qualidade de vida e sua saúde.

Outros estudos - Campos (2008); Almeida, Guimarães e Rezende (2010); Monteiro (2012); Fabrício (2017); Santos (2017), entre outros também evidenciam que os/as idosos/as a partir dos 60 anos de idade é o grupo mais vulnerável as doenças, sobretudo, aquelas caracterizadas como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, respiratórias, renais, músculo-esqueléticas, dentária e mental). Doenças geralmente associadas aos problemas decorrentes do envelhecimento das populações e causas externas. Entre essas últimas, os problemas socioeconômicos expõem grandes segmentos da população a condições de carência e demandas de consumo não satisfeitas, fatores nutricionais relacionados à alimentação inadequada, alcoolismo, tabagismo ou outros hábitos.

Como problemas decorrentes de causas externas, segundo o Ministério da saúde (BRASIL, 2011, p. 11) através do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) para 2011-2022, considera as DCNTs um problema de saúde de maior magnitude e responsáveis por a 72% das causas de mortes. As DCNTs atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis, sobretudo, idosos/as. De acordo com os dados da VIGITEL (2015, 2016), a obesidade aumentou consideravelmente nos últimos 10 anos, de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016. O diagnóstico médico de diabetes passou de 5,5% em 2006 para 8,9% em 2016 e o de hipertensão de 22,5% em 2006 para 25,7% em 2016. Tanto a obesidade quanto a hipertensão arterial e a diabetes apresentam taxas elevadas na população, principalmente em idosos e com menor nível de instrução.

Diante dessa problemática, este estudo tem como objetivo analisar e compreender as representações sociais de idosos/as de diferentes classes sociais da cidade de Recife-PE acerca da relação consumo alimentar saudável e qualidade de vida no processo de envelhecimento. Mais, especificamente, compreender os

fatores que se interpõem ou contribuem para uma alimentação saudável no processo de envelhecimento a partir da visão dos/as próprios idosos/as.

Elencaram-se como objetivos específicos os seguintes:

- a) caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos/as idosos/as das classes sociais pesquisadas;
- b) analisar e compreender as representações sociais de idosos/as das classes sociais pesquisadas sobre hábitos alimentares saudáveis; alimentação saudável; envelhecimento; relação idade-alimentação; qualidade de vida; relação entre alimentação saudável e qualidade de vida;
- c) analisar e compreender os fatores que se interpõem a uma alimentação saudável com qualidade de vida no processo de envelhecimento.

Nessa direção, o estudo, se encontra estruturado em mais seis seções além da introdução, os quais tratam de explicar os aspectos teóricos, metodológicos, bem como as análises e discussões acerca do estudo.

A Introdução inicia a dissertação integrando a justificativa, o problema de pesquisa, os objetivos e a importância do estudo.

A seção dois apresenta questões centrais em torno da evolução das formas e das práticas de consumo alimentar considerando o contexto sócio-histórico e cultural referentes às práticas de consumo alimentar nas sociedades e seus reflexos nas mudanças de hábitos.

A seção três aborda acerca do desenvolvimento teórico-conceitual sobre hábitos e alimentação saudável e os fatores que determinam uma alimentação não saudável na contemporaneidade e consequências na saúde da população, sobretudo, idosos/as.

A quarta seção aborda acerca do desenvolvimento teórico-conceitual sobre o processo de envelhecimento e os fatores que se interpõem e ou contribuem as práticas alimentares saudáveis na contemporaneidade.

A seção quinta se refere aos aspectos da metodologia e detalha os procedimentos metodológicos, como a natureza, abordagem e tipologia do estudo, o universo e a amostra, o instrumento de coleta e o método de análise.

A sexta seção apresenta os resultados e as discussões sobre as representações sociais dos/as idosos/as, manifestadas por classe social, acerca dos fenômenos sociais estudados, nomeadamente, envelhecimento, hábitos alimentares,

alimentação saudável, qualidade de vida e suas relações frente ao processo de envelhecimento e o consumo alimentar saudável.

A sétima seção traz as considerações finais do estudo atendendo ao problema de pesquisa e aos objetivos propostos.

Por fim, na última parte deste estudo encontram-se as referências bibliográficas e os apêndices e anexos indispensáveis para realizar esse estudo.

Ressalta-se ainda que a pesquisa vem consolidar os estudos desenvolvidos pelo Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social e do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Envelhecimento, Consumo e Qualidade de Vida (NUEPECQV) do Departamento de Ciências do Consumo da Universidade Federal Rural de Pernambuco /UFRPE. Nessa perspectiva, subsidiar o planejamento das políticas voltadas para o planejamento e desenvolvimento de ações de prevenção, promoção da saúde, sobretudo, com foco na alimentação no processo de envelhecimento para qualidade de vida dos idosos/as.

2 CONTEXTO SÓCIO HISTÓRICO E CULTURAL REFERENTES ÀS PRÁTICAS DE CONSUMO ALIMENTAR NAS SOCIEDADES E SEUS REFLEXOS NAS MUDANÇAS DE HÁBITOS.

As práticas de consumo são inerentes ao ser humano e desempenham um papel importante na história das sociedades desde épocas muito remotas. Entre as práticas de consumo, a alimentação se destaca como essencial à manutenção da vida. Partindo desse pressuposto, nesse item, abordam-se questões centrais acerca do contexto econômico, social, político e cultural aborda o desenvolvimento das práticas de consumo alimentar nas sociedades ao longo da história da humanidade e seus reflexos nas mudanças de hábitos e as consequências para o processo de envelhecimento e qualidade de vida.

2.1 Práticas de consumo alimentar: das sociedades ágrafas

Embora pouco se saiba sobre o consumo e os hábitos alimentares nas sociedades ágrafas¹, os estudos são unânimes em afirmar que desde o surgimento dos primeiros hominídeos o ser humano consome alimentos para sua sobrevivência. Nessas sociedades, o consumo alimentar era garantido com a coleta de frutos, folhas e sementes que lhes forneciam o essencial para satisfazer as suas necessidades calóricas e de subsistência (FLANDRIN; MONTANARI 1996, p. 26).

Mas a oferta de alimentos e as dificuldades em consegui-lo dificultavam a alimentação adequada. Fatores como a escassez de alimentos e a hostilidade do meio ambiente obrigavam os grupos humanos a viverem como nômades, sem habitação fixa, permanentemente mudando de lugar quando se esgotava a oferta de recursos naturais para sua subsistência. Estimulados pelas profundas mudanças climáticas e ambientais os seres primitivos foram ocupando as diversas regiões do globo a procura de novos locais que lhe oferecesse grãos, frutas, raízes, legumes,

¹ “Sociedades ágrafas foram aquelas que não produziram nenhum tipo de escrita [...]. O conhecimento nessas sociedades era transmitido de forma oral [...]. A dificuldade em estudar essas sociedades encontrava-se na escassez de material escrito, restando como forma de estudo os fósseis, as pinturas rupestres, os artefatos e outros que se conservaram no tempo” (GISELE, 2014, sem paginação).

peixes ou pequenas presas, sempre a procura de alimentos (RECINE; RADAELI, 2008, p. 5; SENAC, 1998, p. 15).

A partir da criação de armas como arpões, lanças, redes, arcos, flechas e demais instrumentos, o ser humano passou a caçar e pescar com maior intensidade alimentos de origem animal, deixando de consumir apenas vegetais, ampliando sua dieta alimentar (LEAL, 1998, p. 15).

Para Bunn (2007), o processo de inclusão do consumo de carne na alimentação dos hominídeos, à época, aconteceu de forma gradual. Primeiro, os hominídeos retalharam a carne dos ossos de restos de presas de animais selvagens, usando instrumentos feitos de pedras lascadas. Num segundo momento desenvolveu a habilidade de quebrar os ossos para extrair o tutano existente no interior das carcaças, porém os hominídeos já conseguiam se apropriar de pequenas presas. No terceiro momento, com o desenvolvimento de novas habilidades de apropriação de presas de outros carnívoros decorrentes inclusive da prática da caça, tornou-se cada vez mais rotineira a caça de animais de pequeno e grande porte.

O desenvolvimento da caça e da pesca pelo homem favoreceu inúmeras mudanças que contribuíram para sua evolução. Para Engels (1874, p. 15-17), a fabricação de ferramentas próprias para a realização da caça e da pesca está relacionada à passagem de uma alimentação exclusivamente vegetariana para uma alimentação mista. Essas novas características da alimentação teriam oferecido ao organismo, nutrientes essenciais para seu desenvolvimento. O autor ressalta ainda que um dos principais órgãos favorecidos pela mudança na alimentação foi o cérebro, recebendo um aporte de nutrientes que beneficiou o desenvolvimento do órgão e aumentando a capacidade racional do ser humana que foi crescendo ao longo das gerações.

A combinação entre às fontes de carne, através da caça e da pesca, e a coleta de alimentos oriundos de vegetais constitui estratégia de subsistência singularmente humana, bem-sucedida, que permitiu à humanidade florescer em praticamente todos os cantos do mundo (LEAKEY, 1997, p. 66).

Segundo Engels (1974, p. 16-17) o uso do fogo e a domesticação de animais significaram dois grandes avanços no consumo de carne. O primeiro reduziu mais o processo da digestão, que permitiu a desnaturação do alimento, facilitando sua absorção por meio da cocção. O segundo multiplicou as reservas de carne, pois

agora, ao lado da caça, proporcionou uma nova fonte para obtê-la em forma mais regular, a domesticação de animais proporcionou ainda, o consumo de outros alimentos como leite e derivados. De acordo com Navarro (2015, sem paginação), a carne, resultado da caçada, era dividida igualmente com todas as famílias, cujos homens participavam da caçada, sendo assada para o consumo imediato ou conservada seca para o consumo posterior.

Nessa mesma direção, Fladrin e Montanari (1998, p. 30-31) explicam que acerca de 500 mil anos a.C. o homem teria dominado o fogo, sendo utilizado para a cocção de alimentos, melhorando a consistência dos alimentos e a digestibilidade, por conseguinte, a qualidade de vida. Braudel (1979, p. 91) ressalta que o domínio do fogo foi fator decisivo para facilitar o consumo de alimentos e como ferramenta de proteção contra o clima e animais selvagens.

Nesse contexto, Leakey (1997, p. 66) aponta que os seres humanos viviam em pequenos bandos, formados por cerca de 25 indivíduos. A divisão de trabalho já era presente, aos machos cabia à responsabilidade de caçar, as fêmeas pela coleta de alimentos de origem vegetal e aos que possuíam mais idade (os velhos) eram encarregados de passar o conhecimento para os mais novos, garantindo a sobrevivência do grupo.

Os estudos são unânimes em afirmar que foi nesse caminhar, de um lugar para outro, na coleta de frutas e raízes, que os seres humanos observaram que as sementes das frutas que comiam, caíam sobre a terra e germinavam, gerando novas plantas. Segundo Mazouyer e Roudat (1993, p. 97-100) e Recine e Radaeli (2008, p. 5), os primeiros sistemas de cultivo de vegetais apareceram no período neolítico, há cerca de 10 mil anos a.C., em regiões pouco numerosas e relativamente pouco extensas do planeta. As primeiras formas de cultivo eram praticadas perto de moradias e nas vazantes dos rios, que possuíam terras já fertilizadas e que não exigiam desmatamento.

Esse fenômeno fez com que os grupos nômades se fixassem em pequenas aldeias, formando tribos unidas por laços familiares e, mais tarde, a formação das primeiras cidades, situadas em áreas férteis às margens de grandes rios Nilo (Egito), Jordão (Israel/Palestina), Tigre e Eufrates (Mesopotâmia, atual Iraque e Kuwait), ou seja, a região do Crescente Fértil. Esse cenário favorece o surgimento da agricultura como um modo de vida alternativo e menos instável que o modo de vida dos caçadores e coletores, não dependendo mais somente da disponibilidade da caça,

da pesca, de frutos e de sementes (NAVARRO, 2015, sem paginação; PEDRO, 1995, p. 12).

Protegidos e sem necessidade de se deslocar de um local para outro, como acontecia antes na vida nômade, ocorre a sedentarização dos grupos humanos em territórios específicos, a população cresce em números absolutos, e, por conseguinte, aumenta a esperança de vida. A ação dos seres humanos sobre a natureza tornou-se mais intensa, passando aqueles a subsistir da agricultura e da domesticação de animais. O aperfeiçoamento das armas e dos utensílios propiciou a criação de novas estratégias de sobrevivência e de consumo para suprir necessidades de alimentação, habitação e vestuário, dentre outras (DIAMOND, 1987, p. 65; MOTA, 1997, p. 6; SHAN, 2015, p. 1).

Segundo Racine e Radaele (2008, sem paginação) com o desenvolvimento da agricultura, em algumas regiões, a abundância de cereais, especialmente aveia, trigo e cevada, vai propiciar mais adiante o processo de desenvolvimento agrícola. A garantia do alimento possibilitou uma maior margem de segurança e permitiu que o homem se dedicasse a outras atividades que não fossem estritamente ligadas à mera sobrevivência. Entre essas atividades, a fabricação das tramas que levaram à criação dos tecidos; a fabricação dos objetos de cerâmica que possibilitavam guardar e conservar os alimentos; a produção de ferramentas mais aperfeiçoadas, como as de pedra polida, ou mais delicadas, como as agulhas e os pequenos anzóis; a construção de moradias que protegessem melhor do frio e dos outros perigos, levou os seres humanos a se organizarem socialmente.

Segundo Mota (1997, p. 13) nesse processo, o acesso à água dos rios por meio de canais de irrigação, represas e a drenagem, conjuntamente com o aperfeiçoamento das ferramentas e das técnicas de agricultura contribuíram para a melhoria da produtividade agrícola, gerando, principalmente, excedentes de alimentos e promovendo o desenvolvimento do comércio e a organização das cidades com o aumento cada vez maior da população.

Essas mudanças, sobretudo, a fixação dos seres humanos a um lugar propiciou a organização daqueles em grupos sociais cada vez mais complexos e em intensa interação social. Para Leakey (1997, p. 66) essa interação favoreceu a partilha de alimentos, que por sua vez beneficiou o desenvolvimento da linguagem, da reciprocidade social e do intelecto.

Agrupados socialmente, conseguiram superar as dificuldades de sobrevivência, sobremodo, de alimentação. Segundo Beauvoir (1970, p. 68-70) mesmo sem conhecimento científico sobre nutrição, os hominídeos já se preocupavam em selecionar os melhores alimentos. Os que possuíam mais idade, repassavam o conhecimento para os mais novos sobre as técnicas de escolhas, preparo e cocção de alimentos, bem como sobre a caça, a pesca e posteriormente a pecuária e a agricultura.

Na transição da Pré-história para a Antiguidade, além do desenvolvimento da agricultura, outro marco histórico é a invenção da escrita, uma das maiores contribuições da humanidade. Segundo Rosa (2012, p. 56) a partir dessa prática tornou-se possível o registro dos fatos e das obras do conhecimento pertinentes à evolução humana, principalmente com o surgimento das grandes civilizações mesopotâmica, babilônica, egípcia, grega e romana.

2.2 Práticas de consumo alimentar: na Idade Antiga

A Idade Antiga ou Antiguidade foi o período da história que se desdobrou da invenção da escrita (4000 A.C. a 3500 A.C.) até a queda do Império Romano do Ocidente (476 D.C.) e início da Idade Média (Século V).

Nesse período constata-se a presença de diferentes civilizações, povos que se desenvolveram na Idade Antiga e conheceram a escrita, entre aquelas, as civilizações do Egito, Mesopotâmia, China, as civilizações clássicas como Grécia e Roma, os Persas, os Hebreus, os Fenícios, além dos Celtas, Etruscos, Eslavos, dos povos germanos (visigodos, ostrogodos, anglos, saxões,) entre outros.

A Antiguidade é considerada um período importante da história, uma vez que à época além do desenvolvimento da escrita, teve início à formação de Estados, constituídos com certo grau de nacionalidade, territórios e organização, com certeza mais complexas que as encontradas antes desse período da história. Pode-se destacar também, o desenvolvimento da agricultura de forma mais intensa, facilitado pelas terras férteis e disponibilidade de água a margens dos rios no qual essas sociedades se fixaram e se organizaram.

De acordo com Boarett (2009, p. 516) os antigos já conheciam algumas técnicas de cultivo, a exemplo da seleção das melhores sementes para o plantio dos

cereais, da prática da irrigação, além do uso de esterco animal para adubação, repouso e recuperação da fertilidade da terra, o que contribuiu significativamente para o aumento da produção de alimentos e, por conseguinte, o excedente.

O excedente da produção levou ao desenvolvimento do mercado e a diversificação de novos produtos, principalmente de gêneros alimentícios. Aqueles que produziam armas e ferramentas não dispunham de tempo para a produção de alimentos e vestimentas e assim, para atender suas necessidades imediatas, ocorriam as trocas entre produtos variados - gêneros alimentícios e outros. As trocas eram simples, aconteciam de acordo com as necessidades de cada indivíduo sem agregar o valor de mais-valia, como nas sociedades capitalistas da contemporaneidade (CARDOSO, 2011, p. 6; MARX, 1981, p. 66-72; SOUZA, 2011, p. 1).

Segundo Deininger (2012, p. 68), a economia predominante na antiguidade era a “doméstica fechada”, cuja produção era própria da “casa” (oikos), realizada pela família, ampliada pelo trabalho escravo. O comércio não passava tão somente de uma espécie de fenômeno secundário ou ocasional, o que predominava era apenas trocas de produtos entre os membros da comunidade. De acordo com Souza (2015, p. 2) um pensamento que contribuiu à época para dificultar o desenvolvimento da economia, era o defendido pelos filósofos gregos de que a busca de riqueza era considerada um mal e a ambição um vício. Esse pensamento levava a maioria da população da Grécia e de Roma ser composta por escravos e trabalhar apenas em troca do estritamente necessário para sobreviver - alimentos e vestuário.

Sendo assim, a economia era baseada nas trocas de produtos entre os membros da comunidade. As trocas permitiram a diversificação do consumo e a satisfação das necessidades humanas, levaram ainda à especialização dos produtores e facilitaram as trocas da moeda. As cidades antigas eram muito mais centros de consumo do que de produção e, em função disso, a circulação de bens (produtos para obtenção de ganhos) desempenhou um papel importante para um maior desenvolvimento do comércio. A manufatura e exportação desenvolvida entre as cidades, a importação de cereais e a compra de escravos favoreceram interesses comerciais específicos a cada cidade (SILVA, 2016, p. 23).

Esse contexto foi fundamental para o desenvolvimento de modelos econômicos mais complexos em épocas posteriores. Segundo Leal (1998, p. 22) o

desenvolvimento das relações entre as civilizações, as culturas e outros meios de produção favoreceu o desenvolvimento da economia e o consumo alimentar diversificado. Os egípcios, por exemplo, na aproximação das relações com povos vizinhos aplicaram sua culinária, incluindo carnes, aves, peixes, ostras, ovos e frutos variados.

Nesse período, não apenas a alimentação dos egípcios, mas de outras sociedades tinha como base alimentar os cereais (milho, arroz e cevada), farinhas, frutas, legumes e outros vegetais, óleos e gorduras, carnes provenientes da caça, pecuária e pesca, mel e bebidas fermentadas como vinho e cerveja. O trigo em particular, era muito valorizado, inclusive como moeda de troca e pagamento e servia para fabricação de pão, bebidas fermentadas e outros produtos. Os romanos com o trigo que cultivavam produziam três qualidades de pão: o *panis mundus*, que era de primeira qualidade, o *panis secundarius* feito com farinha de segunda qualidade com maior quantidade de farelo e o *panis sordidus*, que era o pão de mais baixa qualidade, consumido pelos pobres e escravos (RECINE; RADAELI, 2008, p. 6; REINHARDT, 2002, p. 17).

Embora as técnicas de fermentação do vinho na antiguidade clássica fossem bastante rudimentares, segundo Souza et al. (2006, p. 71-72) e Leal (1998, p. 21-24) o vinho estava presente em todas as refeições desses povos, seja consumido puro com ervas aromáticas e mel, encharcado no pão ou diluído em água. Os achados históricos mostram que os egípcios e fenícios já produziam e consumiam vinho desde o século X A.C. sendo estes povos responsáveis pela sua disseminação no Mediterrâneo. No século VII A.C. os gregos e romanos solidificam o gosto pelo consumo da bebida e o desenvolvimento da vitivinicultura, expandindo-o posteriormente pela Europa.

Os gregos, segundo Freixa e Chaves (2008, p. 42-47) realizavam suas refeições de maneira parecida com os dos dias atuais, em três momentos do dia: o *akratismos* (desjejum), *ariston* (almoço) e *deiphon* (refeição do fim do dia). Além do pão e do vinho, consumiam também queijos e azeitonas, azeite de oliva e mel em suas refeições.

Na cultura romana, segundo Pitta (2010, sem paginação), a agricultura era a principal fonte de riqueza e os produtos agrícolas eram comercializados ao redor do Mediterrâneo e transportados por via marítima para as cidades mais distantes que não produziam alimentos suficientes. Por ser uma sociedade essencialmente

agrícola, a carne era considerado artigo de luxo e somente os ricos comiam, habitualmente de carneiro, peixe, burro, porco, ganso, pato ou pombo, consumidos secos, salgados, assados ou guisados, muitas vezes servidos com molhos elaborados e mel. Geralmente alimentavam os porcos com figos e outras especiarias para que sua carne ficasse perfumada e criavam gansos e frangos de maneira especial para com eles preparar patês (FREIXAS; CHAVES, 2008, p. 47). Ademais, os Romanos realizavam três refeições principais ao dia: o *jentaculum*, o *prandium* e a *cena*.

Contraditoriamente, as classes romanas mais pobres, incluindo os escravos, possuíam uma dieta simples, a base de vegetais variados, cereais e pão. Nesse contexto o trigo era um dos alimentos mais consumidos pelos pobres, utilizado para produções de pães, feito com farinha de trigo de terceira qualidade com maior quantidade de farelo - *panis sordidus*. O trigo utilizado pelos pobres considerados cidadãos romanos era distribuído pelo Estado.

Segundo Faversoni (2000, p. 84), a quantidade de trigo oferecido era insuficiente para subsistência daqueles que o recebiam, cerca de 0,5% da população total do Império. Além disso, os beneficiários tinham que pagar para transformar o trigo em pão, tornando o acesso ao alimento ainda mais prejudicado. O Estado distribuía o trigo a uma parcela de sua população, ainda que esse trigo fosse insuficiente para sua subsistência. O Estado oferecia o mínimo para sua população, enquanto os detentores de terras e poder tinham excesso de bens de consumo, principalmente alimentos.

Entretanto, histórias bíblicas do mundo antigo relatam o consumo exagerado, inclusive, a gula representava um dos sete pecados capitais, praticado pelas elites que tinham uma comida farta e variada - massas, carnes, peixes, laticínios, frutas, legumes, cereais, condimentos, especiarias, mel e bebidas - em contraposição aos homens comuns, nesse mesmo período. Fontes escritas e figurativas do Egito antigo apontam a agricultura, a criação de animais, a caça e a pesca como modalidades de produção alimentar. Para os egípcios, segundo Montanari (1998, p. 68), a saúde e a longevidade dependiam dos prazeres da mesa e a fartura de alimentos era associada com a saúde e bem-estar.

Um aspecto que chama atenção no final da Idade Antiga, é a não existência de produtos industrializados, isto favorecia a alimentação natural, constituída

somente por vegetais e frutas, incluindo alho, cebola, nabos, figos, romãs, laranjas, peras, maçãs e uvas, bem cereais como trigo e carnes de caça, pecuária e pesca.

2.3 Práticas de consumo alimentar: na Idade Média

A economia da Idade Média² é caracterizada como ruralizada, enfraquecida comercialmente, dominada por um sistema de produção feudal, com supremacia da Igreja Católica. Nesse contexto, a sociedade se constituía como de classe, hierarquizada, composta pela nobreza feudal, o clero, os servos e pequenos artesões.

A nobreza se constituía dos senhores feudais, cavaleiros, condes, duques e viscondes, detentores de terras e arrecadadores de impostos dos camponeses, responsáveis pela proteção militar. O clero (membros da Igreja Católica) tinha um grande poder, pois era responsável pela proteção espiritual da sociedade, era isento de impostos e ainda arrecadava o dízimo. Os servos (camponeses) e os pequenos artesãos compunham a terceira camada hierárquica (SILVA, 2016, p. 22).

Para manutenção dessa hierarquia de classes, os servos trabalhavam nas terras dos senhores feudais, cultivando o grão ou cuidando do rebanho para utilizar a lã na confecção do vestuário. O trabalho era assim essencialmente agrícola, cujas terras, a maioria era dividida em feudos. Esses últimos eram formados apenas de uma aldeia e pelas centenas de acres de bosques, prados, terrenos ermos, pastos e principalmente terra arável que a circundavam, nas quais o povo da aldeia trabalhava. Segundo Huberman (1981, p. 11), nas diversas localidades, os feudos variavam de tamanho, organizações e relações entre os que os habitavam, mas, suas características principais, de certa forma, se assemelhavam.

Um terço de toda terra era de uso exclusivo do senhor feudal e o restante era dividido entre os seus arrendatários para sua subsistência. A agricultura à época era feita com revezamento de terras, normalmente dividida em três campos onde uma a cada ano ficava em repouso, de maneira rotatória, a fim de evitar o desgaste do

² A Idade Média é um período da história da Europa entre os séculos V e XV. Segundo Franco Júnior (2001, p.14) esse período se inicia com a Queda do Império Romano do Ocidente (476 D.C.) e termina durante a transição para a Idade Moderna. A Idade Média é o período intermédio da divisão clássica da História ocidental em três períodos: a Antiguidade, Idade Média e Idade Moderna, sendo frequentemente dividido em Alta e Baixa Idade Média.

solo. Nesse processo, num ano, a colheita para alimentação de trigo ou de centeio, seria feito no campo 1, em paralelo à colheita para fabrico de bebida de cevada, no campo 2, enquanto o campo 3 permanecia sem cultivo, em repouso (HUBERMAN, 1981, p. 12-13).

A produção de alimentos dependia da mão de obra do servo camponês que precisava cuidar de todo plantio e colheita da parte exclusiva do senhor, antes de cuidar do seu lote de terra. Para Huberman (1981, p. 14-15), o servo mal conseguia produzir o necessário para seu sustento e vivia em condição miserável. O trigo que precisava ser moído ou as uvas prensadas para fabricação de vinho só podiam ser feitas mediante o pagamento de aluguel do moinho e da prensa, e ainda uma parte era destinada ao senhor, normalmente a de melhor qualidade, deixando o servo com poucos recursos alimentares para ele e sua família.

De fato, o acesso aos bens de consumo, sobretudo, a alimentação, estava associado às questões de classe, com estilos de vida previamente definidos, os quais se manifestavam através do vestuário, das normas de etiqueta, das festas e das celebrações, das comidas e das bebidas. Para isso existiam as Leis Suntuárias, que visavam regular os hábitos de consumo. Segundo Barbosa (2004, p. 68), cada grupo social deveria consumir conforme a classe social, um servo nunca vai comer, beber ou vestir o que um nobre usa e consome, mantendo assim a imobilidade social e o controle de riquezas, privilégios e poder por parte da nobreza e do clero. Segundo Oliveira (2007, p. 10) a condição de berço das pessoas determinava o que elas poderiam consumir ao longo da vida. Os reis e a nobreza consumiam o que de melhor existia e sem o esforço do trabalho, enquanto os servos teriam que trabalhar e produzir não só para o seu consumo, mas, sobretudo, para o sustento dos seus senhores.

A alimentação medieval era baseada no que a agricultura feudal produzia, constituída da caça de animais selvagens, criação de animais para ordenha e abate, a pesca e produção de bebidas, como vinho e cerveja. Segundo Franco Junior (2001, p. 178) a Europa consumia por toda parte praticamente os mesmos alimentos e bebidas, preparados quase que da mesma maneira. O acesso à alimentação diversificada, em quantidade e qualidade, dependia, sobretudo, da classe social em que o indivíduo se encontrava.

A nobreza recebia de seus camponeses, pelo uso da terra, prestações em serviço e produtos agrícolas podendo consumir de tudo. Um aristocrata não se

fixava numa certa terra, morava cada parte do ano numa região, onde consumia a parcela da produção local que lhe cabia. Essa classe possui uma dieta predominantemente carnívora, sinônimo de poder e riqueza. A caça era de sua exclusividade, principalmente entre os séculos IX e X, onde eles consumiam cervos, javalis, ursos e aves silvestres, usados nos grandes banquetes. Além disso, eles consumiam carne de animais domésticos como vaca, vitela, carneiro e principalmente porco; carne de aves, galinha, pato, ganso, cisne, pombo; peixes de água doce, pescados em rios e lagos ou peixes de mar, consumidos frescos nas regiões litorâneas como salmão, linguado, pescado, ou secos nas regiões continentais como arenque e bacalhau. Essas fontes de proteína eram assadas - modo de preparação considerado nobre - recheadas e cobertas com molhos a base de especiarias (FRANCO JUNIOR, 2001, p. 178-179; MONTANARI, 1998, p. 292-293).

As especiarias e ervas aromáticas como a noz-moscada, o gengibre, a canela, o cravo, tomilho, louro e, sobretudo, a pimenta são raros e caros, com aromas suaves, lembrando o perfume das flores e assim de uso exclusivo da nobreza e do clero. Os vegetais não estavam muito presentes, uma vez que não eram alimentos considerados nobres e de digestão difícil. Os queijos, com exceção das regiões montanhosas, também eram desprezados pelas camadas abastadas, posto que a medicina até o século XVI considerava alimentos pouco saudáveis (FAUSTO, 1996, p. 13; FRANCO JUNIOR, 2001, p. 178-179; MONTANARI, 1998, p. 288).

A alimentação camponesa era constituída dos cereais que forneciam as calorias necessárias para o esforço físico das tarefas rurais. Além do consumo de cereais, os servos consumiam vegetais, legumes e verduras, cultivadas em hortas de seu lote de terra - nabo, cenoura, alface, repolho, endivia, funcho, rabanete, cebola e alho - estes eram livres do tributo cobrado pelos senhores sobre o plantio, em função disso representava, mesmo sem uma consciência formada, um aporte nutricional considerável para o equilíbrio alimentar desse grupo, também consumidos pelos servos como condimentos para suas preparações (FAUSTO, 1996, p. 13; FRANCO JUNIOR, 2001, p. 180-181; MONTANARI, 1998, p. 288).

Já os servos camponeses não tinham condições de manter uma alimentação rica em proteína, pois o acesso a carnes era caro e quase que exclusivo da nobreza e quando possuíam animais, era um ou dois bois para ajudar nos trabalhos

agrícolas. Contudo, alguns poucos servos podiam se alimentar de animais de fácil criação, como o porco.

Segundo Franco Junior (2001, p. 180), o porco era abatido e conservado na forma salgada, defumada ou embutida em linguiças, maneira encontrada para manter esse alimento conservado por mais tempo para o consumo, principalmente ao longo do inverno, com maior rendimento, uma vez que se aproveitava todas as partes do mesmo.

Fausto (1996, p. 14) afirma que os pescados eram armazenados secos ou salgados. Muitos desses produtos tinham sabor e cheiro desagradável e o grande uso de especiarias se dava para disfarçar os sabores fortes dos alimentos que quando mal armazenados ou em estado de decomposição exalava odores desagradáveis. Além disso, a carne de porco era consumida em pequenas quantidades, cozidas em um caldo composto com vegetais e cereais, a fim de obter o máximo de proveito possível dos nutrientes deste alimento.

A alimentação dos camponeses era acrescida ainda de laticínios, sobretudo, o queijo, uma vez que este alimento era a forma mais viável de conservação do leite à época, obtidos principalmente da criação de cabras ou ovelhas. Uma minoria das famílias de servos também conseguia criar algumas aves como galinhas e patos, consumidos em ocasiões especiais (FRANCO JUNIOR, 2001, p. 180-181; MONTANARI, 1998, p. 286).

Em se tratando do consumo de líquidos, a água era contaminada por dejetos humanos propiciando risco à saúde da população, em função disso, o vinho e a cerveja eram consumidos no lugar da água. Por conta do processamento que esses alimentos passavam – fermentação - diminuía o risco de infecções por água contaminada. A nobreza bebia vinho de melhor qualidade, diluído em água, adoçado com mel, enquanto os senhores bebiam vinhos e cervejas de péssima qualidade, diluídos em água ou embebidos nos pães. Segundo Montanari (1998, p. 286) devido às precárias técnicas de armazenamento, essas bebidas eram consumidas no mesmo ano em que eram feitas e sua média de consumo era em torno de 2-3 litros por dia. A cerveja consumida no norte europeu era bastante forte e densa, diferente das cervejas contemporâneas leves e suaves (FRANCO JUNIOR, 2001, p. 181).

No Século XII, a economia agrária passa a ser muito valorizada. Segundo Riera-Melis (1998, p. 394) a produção agrícola aumentou significativamente, ao ponto de produzir excedentes para o mercado e alimentar bem a população,

sobretudo, os mais pobres. A produção de excedente para o mercado aconteceu devido, principalmente, o desmatamento de áreas que não eram cultivadas e passaram a ser e devido ao uso da siderurgia para produção de rodas e equipamentos que facilitaram o cultivo. O crescimento da produção agrícola e o desenvolvimento do mercado contribuíram para o aumento da população no século XII (RIERA-MELIS, 1998, p. 393-394).

Contudo, no século XIV, houve períodos de escassez de alimentos por todo ocidente medieval, principalmente causado por intempéries climáticas e pragas. A população pobre, devido à escassez de alimentos foi a que mais sofreu, somando-se a fome, as tensões sociais e a peste negra aumentaram a taxa de mortalidade da população nesse período, por conseguinte a falta de mão de obra nos feudos diminuiu a produção de cereais e conseqüentemente a renda dos senhores feudal³.

Apesar dessa conjuntura, o comércio de produtos manufaturados (tecidos de lã, de seda, artigos de madeira, osso, couro, metais e armas, dentre outros) nos centros urbanos continuou crescendo e seu preço subindo, reduzindo o poder de compra da nobreza, que estava com em crise com o declínio do sistema feudal (FRANCO JUNIOR, 2001, sem paginação; SANTOS, 2007, sem paginação; SILVA, 2016, p. 27).

Segundo Pedro (1995, p. 128, 143), a queda na renda dos senhores feudal levou ao aumento da cobrança de impostos dos servos, já explorados e prejudicados pela crise de produção agrícola, fome e doenças, acarretando a exaustão dos servos e estagnação ainda mais da produção de alimentos. O desdobramento dessa situação levou a rebeliões que se estenderam até as cidades, afetando os comerciantes urbanos que também sofriam com as limitações impostas pela nobreza. As rebeliões se fortaleceram ainda mais, os trabalhadores rurais e urbanos se juntaram para enfraquecer o poder da nobreza e pôr fim ao feudalismo, mudando a dinâmica social e econômica. Nessa dinâmica, o sistema de servidão é abolido e os nobres viram fazendeiros – os senhores de terra que ainda detêm suas terras passam a pagar mão de obra para produção da agricultura comercial. A produção agora é voltada para o comércio e a obtenção de lucros e não mais para

³ Segundo Franco Júnior (2001, sem paginação), o feudo era a unidade de produção do mundo medieval e onde acontecia a maior parte das relações sociais. O senhor do feudo possuía, além da terra, riquezas em espécie e tinha direito de cobrar impostos e taxas em seu território.

subsistência das regalias da nobreza, essa realidade vista principalmente na Inglaterra.

2.4 Práticas de consumo alimentar: final da Idade Média a Modernidade

O fim Idade Média é marcado, portanto, por períodos de secas e de fome, consequência das mudanças climáticas, pragas e falta de tecnologia agrária. Somando-se a isto, as pestes, em particular a negra, proveniente da falta de higiene e de saneamento básico das aldeias e das cidades e por fim em decorrência das guerras, em particular das cruzadas contra os povos do oriente. Por conseguinte, a produção de alimentos não aumentou, provocando um recuo às práticas alimentares primitivas, como a coleta de alimentos disponíveis e a caça de pequenos animais. A expectativa de vida era em média 34 anos apenas, em consequência de uma alimentação não apropriada, falta de conhecimento sobre medicamentos para os males, de higiene e de saneamento básico (ABREU et al., 2001, p. 5; LEAL, 1998, p. 29).

Segundo Silva (2016, p. 27), a “trilogia negra” – fome, pestes e guerras - apesar provocar retrocesso no desenvolvimento econômico e social, serviram de condições propícias às descobertas marítimas e as rotas comerciais ao encontro de povos e de novos produtos. Como resultado dessas estratégias, a partir do final século XV e início do século XVI, o comércio cresceu extraordinariamente, fruto, naturalmente, de modificações ocorridas no interior das sociedades feudais europeias (aumento da população, crescimento e desenvolvimento das cidades, desenvolvimento das manufaturas, dos transportes, das comunicações, dos mercados e das ciências, etc.).

O comércio toma uma extensão prodigiosa, consequência das Cruzadas⁴. As relações com o Oriente, realizadas por expedições ultramarinas, favoreceram o abastecimento de produtos, como especiarias, condimentos e de troca em meio a vários produtos entre o centro e o mediterrâneo. Segundo Pernoud (1996, p. 50-51) é a época das grandes feiras de Champagne, de Brie e da Ilha de França: Provins, Lagny, Londit. Em São Dinis, Bar, Troyes, de onde chegavam as sedas, os veludos

⁴ Segundo Read (2001, s/p), as cruzadas foram todas as expedições militares organizadas pela igreja católica que aconteceram entre os séculos XI e XIII. O objetivo dessas expedições era conquistar a chamada terra santa (atual Palestina) para que fossem criados reinos cristãos na região.

e os brocados, o alúmen, a canela, o cravo-da-índia, os perfumes e as especiarias, vindos do centro da Ásia, trocados, em Damasco ou em Jaffa, pelos tecidos de Douai ou de Cambrai, as lãs da Inglaterra, as peles da Escandinávia.

Para Abreu et al. (2001, p. 5) essas expedições foram de grande importância para a descoberta de novos alimentos e especiarias, além de expressar o domínio econômico dos países que a realizavam. Nesse processo, o poder econômico e o monopólio do comércio propiciaram a descoberta e a troca de produtos entre vários povos promovendo intercâmbio de culturas, hábitos, culinário e conhecimentos.

Este autor salienta ainda que, na Idade Média, as especiarias e ervas aromáticas eram usadas em banquetes para ostentar riqueza, uma vez que só os nobres podiam utilizar. Em função disso, durante os séculos XV e XVI, Portugal, Espanha e Veneza investiram no financiamento de viagens marítimas visando descobrir centros produtores de especiarias e apoderar-se deles. Essas viagens foram de grande importância para a descoberta de novos alimentos e especiarias, além de expressar o domínio econômico dos países que a realizavam. Nesse processo, o poder econômico e o monopólio do comércio propiciaram a descoberta e a troca de produtos entre vários povos promovendo intercâmbio de culturas, hábitos, culinárias e conhecimentos.

Segundo Gomes e Reis (2004, p. 6) essas excursões por mares nunca antes navegados em busca de descobrir uma nova rota marítima para as Índias, denominadas - As Grandes Navegações - tiveram como base dois objetivos principais. O primeiro descobrir uma rota marítima para as Índias e o segundo descobrir novas terras. Isso se justificava porque, no século XV, os países europeus quando desejam comprar especiarias (pimenta, açafrão, gengibre, canela e outros temperos), tinham que recorrer a comerciantes italianos, que possuíam o privilégio de comercialização desses produtos, cobrando preços exorbitantes. Nessa direção encontrar um novo caminho para as Índias era ter acesso direto as fontes comerciais orientais e também lucrar com o comércio de especiarias e matérias primas, metais preciosos e outros produtos não encontrados na Europa.

A expansão marítima europeia propiciou o contato comercial entre várias partes do mundo e a descoberta de novos produtos alimentícios. Na Ásia - as especiarias asiáticas como pimenta, canela, cravo, noz moscada, na África - alimentos como a bananeira, o inhame e a videira e na América - alimentos como milho, batata, tomate, amendoim, cacau). Ademais, favoreceu a ampliação dos

conhecimentos geográficos, colonização de novas localidades, promoveu o intercâmbio entre culturas diferentes, aumentou a produção agrícola e a exportação de produtos como pedras preciosas, tinturas vegetais e alimentos das colônias para a Europa (ARRUDA, 1980, p. 20; MOTA, 1997, p. 115; SILVA, 2016, p. 29).

Segundo Fladrin e Montanari (1998, p. 532) a conquista dos mares pelos europeus foi o fato histórico mais importante do início dos tempos Modernos. A descoberta das Américas, no século XV e a circunavegação da África criaram um novo terreno para a burguesia ascendente. O desenvolvimento dos mercados das Índias Orientais, da China, a colonização da América, o intercâmbio com as colônias, a multiplicação dos meios de troca e das mercadorias em geral deram ao comércio, à navegação e à indústria um impulso jamais conhecido. Isso constituiu a degradação da sociedade feudal em uma sociedade cada vez mais capitalista (MARX; ENGELS, 1999, p. 8).

As trocas realizadas entre as civilizações Europeias e as civilizações do Oriente diversificaram a oferta de produtos alimentícios, das técnicas culinárias e de conservação de alimentos. Segundo Fladrin e Montanari (1998, p. 315) os árabes introduziram o consumo de legumes como berinjela e espinafre, bem como de frutas como damasco, limão e toranja, cana de açúcar e açúcar, bolos, doces de frutas, maçapães e nogados.

Esse contexto propiciou a incorporação de novos produtos na alimentação mundial, provenientes das Américas como o milho, o tomate, o cacau, a batata. As novas terras descobertas aumentaram a produção de cana-de-açúcar, café e outros vegetais. O comércio se torna ainda mais globalizado, os comerciantes, que já tinham usado as rotas comerciais criadas pelas cruzadas a seu favor, agora também realizam trocas com as colônias, adquirindo mais riquezas e circulação de mercadorias. As feiras crescem e se estabilizam, tornando grandes mercados permanentes de trocas e comércio.

Marx e Engels (1999, p. 8) entendem que esse avanço ofereceu a burguesia em ascensão um novo campo de ação, o comércio colonial, a incrementação dos meios de trocas e desenvolvimento do mercado e da indústria. Nesse processo, outras grandes transformações históricas da época moderna também refletiram no sistema alimentar. Segundo Fladrin e Montari (1998, p. 532-533) a Reforma Protestante destrói os dogmas eclesiásticos da Igreja Católica, diversificando a

alimentação, estimulando a produção e o consumo de alimentos favorecendo a diversificação da cozinha nacional, da produção de álcool e das trocas culturais.

Segundo Weber (2004), o protestantismo rompeu com os ensinamentos do catolicismo, contribuindo para o aumento de riquezas e atendendo a nova realidade mercantil que a época se encontrava, favorecendo, sobretudo a burguesia. Fladrin e Montanari (1998, p. 533, 536 e 537) ainda destacam que, além das conquistas marítimas, o aumento da população, por conseguinte, da demanda por alimentos e a aquisição de terras aráveis pelos burgueses, contribuiu para o crescimento da agricultura mercantil nos séculos XVII e XVIII, estimulando a produção de cereais, em especial o trigo. Contudo, o camponês, agora trabalha para o nobre burguês, perdendo seu lote de terra e tendo que se sustentar somente com seu trabalho, empobrecendo ainda mais seu regime alimentar e incentivando as revoltas por melhores condições de vida e trabalho.

A alimentação do camponês rural e do fazendeiro burguês pouco difere daquela observada na alimentação do servo e do senhor feudal da Idade Média. Em geral o camponês tinha uma dieta rica em cereais de péssima qualidade e pobre em outros produtos alimentícios como carnes, gorduras, entre outros, enquanto os donos de terra consumiam produtos de melhor qualidade e em diversidade.

Para Boaretto (2009, p. 520), o crescimento das cidades contribuiu para que a agricultura de subsistência passasse a uma agricultura de mercado, sendo que a organização do abastecimento foi assumida pelo Estado. A produção rural é essencialmente agrícola e a população europeia passou a consumir mais cereais nesse período, com decréscimo no consumo de carne no regime alimentar popular.

Todas as mudanças observadas na modernidade contribuíram para desenvolver um novo modelo de produção que tem como objetivo suprir o mercado emergente. Segundo Marx e Engels (1999, p. 9), as antigas corporações fechadas de ofícios tiveram que modificar sua produção manufatureira, aos poucos substituída pelo vapor e a maquinaria que revolucionaram a produção industrial. A burguesia manufatureira cedeu seu lugar para os donos das indústrias e nesse processo a burguesia moderna dá início a Revolução Industrial.

O fim da Idade Moderna é marcado também com a Revolução Francesa em 1789 que constitui a tomada de poder da monarquia francesa pela burguesia, evidenciando um novo modelo de Estado que vai interferir incisivamente nos modos de produção e nas práticas de consumo de alimentos na sociedade contemporânea.

2.5 Práticas de consumo alimentar: da Revolução Industrial a sociedade contemporânea

A Revolução Industrial se caracteriza como um conjunto de mudanças que aconteceram, particularmente, na Europa nos séculos XVIII e XIX. A principal peculiaridade dessa revolução foi a substituição do trabalho artesanal pelo assalariado por meio do uso das máquinas. As consequências geradas por essas mudanças provocaram transformações profundas e radicais na sociedade, não apenas nas técnicas e no campo econômico, mas, mas, também, em relação ao desenvolvimento social.

Para Arruda (1980, p. 119) além das transformações técnicas, comerciais e agrícolas, a Revolução Industrial pode ser considerada essencialmente como sendo a passagem da sociedade rural para a sociedade industrial, a mudança do trabalho artesanal para o trabalho assalariado, a utilização da energia a vapor no sistema fabril concomitante com a energia humana.

Para Silva (2016, p. 32) a separação progressiva entre a agricultura e a produção artesanal, entre o campo e a cidade, levou a contraposição entre os bens de consumo produzidos no campo e os meios de produção na cidade. Segundo Mandel (1982, p. 265) esta separação entre os dois setores básicos da economia, agricultura e produção artesanal, gradualmente vai sendo dissolvida. A produção capitalista de mercadoria destruiu definitivamente a unidade entre agricultura e produção artesanal, gerando outros diversos setores de produção nas sociedades pré-capitalistas, abrindo caminho na direção do lucro e acúmulo de capital.

Para Campbel (2001, p. 31) a Revolução Industrial pressupõe, sobretudo, desenvolvimento de tecnologias de produção com vista abastecimento do mercado para atender as demandas do aumento populacional e ampliação do consumo. Veblen (1989, p. 35) afirma que a nova base industrial leva a luta pela riqueza e a competição pelo aumento do conforto de vida, de exibir condição social, mostrar riqueza, por meio da compra de artigos de luxo e de gastos ostentativos, que caracteriza o consumo conspícuo. Para o autor, o consumo é idealizado na expectativa de atender tanto as necessidades físicas do consumidor, como as suas necessidades mais elevadas, espirituais, estéticas, intelectuais ou outras, seja qual for a sua natureza.

As cidades crescem como resultado do êxodo rural e do incremento industrial que gera emprego e renda. Novas tecnologias de alimentos foram surgindo e a zona rural, antes próxima aos centros, vai se tornando mais afastadas, dificultando o consumo de alimentos naturais. Mandel (1982, p. 265) explana que os vegetais e outros alimentos frescos próprios das sociedades pré-capitalistas, foram cedendo espaço, no comércio e na mesa das pessoas, aos produtos alimentares que podiam ser transportados com maior facilidade e que duravam mais tempo. Em função do aumento do consumo deste tipo de alimento, as indústrias de alimentos começaram a demandar matérias-primas agrícolas, propiciando a especialização crescente dos empreendimentos agrônômicos.

Nesse processo, a expansão da indústria de alimentos vai aos poucos modificando os antigos hábitos alimentares e revoluciona o consumo de alimentos. O aumento da população dos grandes centros urbanos induz ao maior consumo de alimento, em decorrência novas técnicas de conservação e de abastecimento de alimentos foram desenvolvidas. Nos períodos anteriores da história da humanidade como se mostrou, a população se desenvolvia em torno das plantações e criações de animais, com o advento da industrialização e do transporte de alimentos, a população cresce em torno das fábricas e centros urbanos que oferecem emprego em grande escala. Produtos antes elaborados por donas de casa ou cozinheiros, como queijos, compotas, manteigas, conservas de carnes e vegetais, também começam a serem elaborados por empresas e indústrias.

Nesse contexto, segundo Pedrocco, Fladrin e Montanari (1998, p. 763-765) entre os séculos XVIII e XIX há um grande avanço no processo de industrialização alimentar. Esse avanço visa, especialmente, aumentar a vida útil dos alimentos, o abastecimento do mercado e o atendimento da demanda populacional. Isso se justifica porque, mesmo com a produção agrícola e a pecuária em alta, vários países europeus não conseguem suprir a demanda alimentar devido ao grande crescimento populacional. Isso faz com que as compras de alimentos, principalmente carnes e cereais, no final do século XIX impulsiona o mercado mundial as importações de alimentos de outros países, principalmente suas de suas antigas colônias.

Outro aspecto de impacto diz respeito ao excedente da produção agrícola, vai impulsionar a indústria a desenvolver tecnologias para conservação de seus produtos, visando, principalmente, o tempo de prateleira e higiene dos mesmos.

Observa-se com isto um grande aumento das fabricas de conserva e o desenvolvimento da conservação pelo frio.

Pedrocco, Fladrin e Montanari (1998, p. 763-765) destacam que no Século XIX a indústria de alimentos passa a desenvolver novas técnicas de conservação dos alimentos com o objetivo de aumentar a produtividade e conseqüentemente o lucro. Chama à atenção para o método de apertização, criado pelo confeitoiro francês Nicolas Appert no início do Século XIX, imprescindível para produção dos alimentos enlatados, hermeticamente fechados, que substituíram os recipientes de vidros. O método foi bastante aceito e usado por diversas fabricas europeias, resultando na criação de vários produtos enlatados, com grande tempo de vida útil, que dispensava o preparo desses alimentos e era facilmente transportado.

Silva (2016, p. 35) destaca que o método descoberto pelo francês Nicolas Appert buscou uma forma para produzir conservas, primeiramente em garrafas de champanhe e, mais tarde, em latas de ferro. Appert fez experiências com a máquina a vapor conseguindo assim que o cozimento ultrapassasse a temperatura de ebulição da água. Em 1802 abriu uma fábrica de conservas para suprir a armada francesa e, em 1812, foi fundada a primeira fábrica de conservas de alimentos para o mercado consumidor, acontecimento que transformou, à época, a forma de acondicionar alimentos na Europa.

Outro processo criado no mesmo período foi à pasteurização, quando o cientista francês Louis Pasteur resolveu o problema da rápida fermentação de vinhos que prejudicava a indústria vinícola da França. O mesmo método foi aplicado com sucesso na produção da cerveja no século XX e na pasteurização para o tratamento do leite e de outros produtos (SILVIA, 2016, p. 35).

Em 1864, Louis Pasteur, descobriu que o aquecimento de certos alimentos e bebidas acima de 60°C, por um determinado tempo, evitava a deterioração de alimentos, reduzindo de maneira sensível o número de microorganismos presentes na sua composição. No final do século XIX, os alemães iniciaram a aplicação do procedimento da pasteurização para o leite in natura, comprovando que o processo era eficaz para a destruição das bactérias existentes neste produto. A partir desses experimentos muitos outros importantes métodos de conservação foram realizados com vistas como preservar a saúde dos consumidores e conservar a qualidade dos produtos alimentícios (GAVA, 1984. p. 12).

Outros avanços e novas técnicas de conversação de produtos alimentícios também se destacaram, a exemplo da mecanização dos moinhos de trigo e de outros cereais, que utilizava estruturas movidas a vapor. Com essa tecnologia, obteve-se maior quantidade e qualidade na produção de farinha para produção de pães e de outros produtos. Outro exemplo foi à mecanização da produção de vinho, que reduziu o contato humano com o produto, por conseguinte, o processo de contaminação e aumento da produção. Vale salientar ainda, a introdução do método de conservação por meio da adição de produtos químicos ao alimento, como o bissulfito de sódio (GAVA, 1984. p. 12).

A conservação de alimentos pelo frio, também sofreu grandes avanços tecnológicos. Ainda no Século XIX, cientistas desenvolvem técnica de obter frio através da expansão e compressão de gases e por meio desse método é criado o primeiro refrigerador movido a vapor, patenteado e posteriormente aperfeiçoado para a indústria, contribuindo expressivamente com a conservação de alimentos.

Segundo Carneiro (2003 p. 78) no início do Século XX, a Primeira Guerra Mundial (1914-1918) contribuir de forma significativa para continuar provocando mudanças na alimentação, não só por atentar carências e fomes, mas, por propiciar alterações nos hábitos alimentares a partir da adoção de alimentos industrializados produzidos para suprir a alimentação dos soldados em guerra e da população atingida pelos conflitos. O autor exemplifica a produção do açúcar de beterraba consumido pelos soldados como consequência do isolamento da França durante a Primeira Guerra Mundial.

A França revolucionou a indústria alimentícia, durante a Primeira Guerra Mundial quando o confeito francês Nicolas Appert desenvolveu a técnica de conservação de alimentos em recipientes esterilizados. A partir da apertização como ficou conhecida, passa-se a armazenar alimentos em recipientes de vidro. Posteriormente com o aperfeiçoamento dessa técnica passou-se a armazenar alimento em latas de alumínio, submetidas a máquinas a vapor, a temperaturas acima de 100° C, eliminando qualquer micro-organismo presente, aumentando a vida útil. Esse processo logo foi absorvido e aprimorado por outros países produtores de conservas de alimentos ao longo do século XX e serviu de base para conservação de vários outros produtos como carnes, tomates, aspargos e ervilhas. No mesmo período o cientista francês Louis Pasteur desenvolveu a pasteurização, método similar, mas em menor tempo e temperatura, que foi de grande importância

para conservação de leite e bebidas como vinhos e cervejas (GAVA, 1984, p. 112-113; PEDROCCO, 1998, p. 768-773).

A conservação pelo frio, também se constituiu outra grande revolução para a indústria e para o transporte de alimentos com a criação de máquinas que reduziam a temperatura que possibilitavam transportar e conservar alimentos perecíveis sem que se perdesse suas propriedades naturais. Segundo Gava (1984, p. 218) e Pedrocco (1998, p. 776-777), o uso do frio como método de conservação era antes realizado com blocos de gelo colocado em depósitos, no final do XIX cientistas desenvolvem, técnica de obter frio através da expansão e compressão de gases. Mais especificamente em 1851, o primeiro refrigerador movido a vapor é patenteado e posteriormente aperfeiçoado para a indústria.

No Século XX, logo após a Primeira Guerra Mundial (1914 - 1918), a Segurança Alimentar começou a ser discutida. Isso porque, segundo Silva (2016, p. 38) o fornecimento de alimentos se tornou motivo de dominação de um país sobre o outro, e a segurança alimentar, à época, passou a ter estreita ligação com o conceito de Segurança Nacional e com a capacidade de cada país produzir sua própria alimentação de forma a não ficar vulnerável a cercos ou boicotes devido a razões econômicas, políticas ou militares.

Ainda segundo Silva (2016, p. 39) após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), e, em particular, a partir da constituição da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945, o conceito de segurança alimentar ganha força a custa de interesses divergentes. Para Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura FAO, segurança alimentar é entendida como o direito humano ao acesso ao alimento de qualidade. Já para o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial a segurança alimentar era compreendida como um mecanismo de mercado, a ser garantido pelo próprio mercado e não como um direito que deve ser garantido pelo Estado.

Para Hirai e Anjos (2007, p. 236) a ideia de que um país poderia dominar outro através do suprimento alimentar e que essa condição poderia tornar-se uma arma poderosa, sobretudo, para os países menos desenvolvidos que não dispusessem de meios para atender sua própria demanda de alimentos, adquiriu um significado de segurança nacional, apontando para a necessidade de formação de estoques “estratégicos por alguns países para suprir a demanda dos países necessitados.

Nesse contexto, Silva (2016, p. 38) considera que o fornecimento de alimentos se tornou motivo de dominação de um país sobre o outro e a segurança alimentar, à época, passou a ter estreita ligação com o conceito de Segurança Nacional e com a capacidade de cada país produzir sua própria alimentação de forma a não ficar vulnerável a cercos ou boicotes devido a razões econômicas, políticas ou militares.

Embora o conceito de segurança alimentar estivesse sendo debatido, a preocupação com a alimentação ainda não tinha o caráter de alimentação saudável. Segundo Maluf et al. (2001, p. 01) o entendimento da segurança alimentar estava estritamente ligado à capacidade de produção de alimentos, de disputas políticas e econômicas, esse discurso perdurou até a década de setenta, quando vai acontecer Primeira Conferência Mundial de Segurança Alimentar, promovida pela FAO, em 1974. A preocupação era fundamentalmente com a produção agrícola. Para tanto, muitas indústrias químicas foram criadas para produzir e incentivar o uso de agrotóxicos e fertilizantes químicos para aumentar a produção agrícola. Além disso, maquinários de grande porte - tratores, colheitadeiras, foram fabricados para serem utilizados nas diversas etapas da produção agrícola, desde o plantio até a colheita.

Carneiro (2003, p. 78) e Moreira (2010, p. 24) afirmam que a indústria de alimentos sempre trabalhou na perspectiva da produção e da lucratividade, visão decisiva para que ocorressem as mudanças na alimentação na sociedade contemporânea. Muitos investimentos foram realizados para isso, a exemplo das técnicas de conservação de alimentos, as conquistas da microbiologia, a liofilização e demais avanços tecnológicos decorrentes das viagens espaciais, avanços acontecidos durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), dentre outros.

Apesar dos avanços tecnológicos no Pós-Segunda Guerra, a preocupação com os recursos alimentares levou a criação de políticas continentais para que as garantias de à alimentação pudessem ser mantidas nas mais diversas situações, principalmente durante conflitos internacionais. Em 1943, quando milhões de europeus tiveram sua infraestrutura agrícola destruída pela guerra, a Organização das Nações Unidas (ONU) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) propuseram criar uma organização multigovernamental para o incentivo a agricultura e alimentação. Em 1945, diante dessa proposta cria-se a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO) (HIRAI; ANJOS, 2007, p. 336-337; SILVA, 2016, p. 38).

A criação da FAO foi um marco importante para o desenvolvimento de políticas voltadas para Segurança Alimentar e Nutricional, ao encontro do seu objetivo - alcançar segurança alimentar para todos e garantir que as pessoas tivessem acesso a alimentos de boa qualidade para que pudessem levar uma vida ativa e saudável (FAO, 2018).

Após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), e, em particular, a partir da constituição da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945, segundo Silva (2016, p. 38) o conceito de segurança alimentar ganha força. Nesse contexto, a segurança alimentar sob o ponto de vista da FAO é entendida como o direito humano ao acesso ao alimento de qualidade e saudável.

A partir de 1990, já com a questão da sustentabilidade em discussão simultânea com o meio ambiente, mais uma modificação foi feita ao conceito de segurança alimentar. Englobaram-se ao conceito - noções de alimento seguro, qualidade do alimento, balanceamento da dieta, informação sobre os alimentos, opções de hábitos alimentares em modos de vida. O direito à alimentação passou a se inserir no contexto do direito à vida, à dignidade, à autodeterminação e à satisfação de outras necessidades básicas. Em 1992, a Conferência Internacional de Nutrição, promovida em conjunto pela FAO e Organização Mundial da Saúde (OMS), atribuiu uma face humana ao conceito de segurança alimentar. Estimulou a assistência ao uso adequado da água, saneamento, saúde pública, aleitamento, carinho no preparo dos alimentos (MANIGLIA, 2009, p. 127).

Esta condição não pode comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, nem sequer o sistema alimentar futuro, devendo se realizar em bases sustentáveis. É responsabilidade dos estados nacionais assegurarem este direito e devem fazê-lo em obrigatória articulação com a sociedade civil, dentro das formas possíveis para exercê-lo (MALUF et al., 2001, p. 4).

Na década de 90, conforme salienta Belik (2003, p. 23) o conceito de Segurança Alimentar foi ampliado, além de reforçar o acesso ao alimento de qualidade - toda população deve ter pleno acesso físico e econômico aos alimentos – a função nutritiva e segura seguiu-se ao conceito, tendo em vista chamar atenção para uma vida ativa e saudável a partir de uma alimentação saudável.

Nessa direção, nas declarações da I Conferência Internacional de Nutrição, realizada pela FAO e pela Organização Mundial da Saúde em Roma, em 1992, o conceito de Segurança Alimentar agrega definitivamente o aspecto nutricional e

sanitário dos alimentos passando a ser designado de Segurança Alimentar e Nutricional. Além disso, Valente (2002, p. 54) considera que esse conceito agrega a condição de acesso a alimentos seguros (não contaminados biológica ou quimicamente) e de qualidade (nutricional, biológica, sanitária e tecnológica), produzidos de forma sustentável, equilibrada, culturalmente aceitável e saudável).

A partir dessa conferência, os eixos de ação definidos foram estratégicos para dá início ao processo de formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, (PNAN) aprovada em 1999 pelo Conselho Nacional de Saúde, como elemento integrante da Política Nacional de Saúde. Entre os eixos estratégicos incorporados às diretrizes da política pode destacar: produção e acesso a uma alimentação de qualidade; necessidade de programas de alimentação e nutrição para grupos populacionais nutricionalmente vulneráveis; controle de qualidade dos alimentos; promoção de hábitos alimentares e estilos de vida saudável (MACEDO et al., 2009, p. 40).

Segundo Silva (2016, p. 30) a aprovação dessa política tem, sobretudo, o propósito de garantir a qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis, a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos e uma alimentação saudável.

Embora a discussão sobre o risco de uma alimentação inadequada à saúde humana tenha sido evidenciada logo após a Segunda Guerra Mundial, foi com a formulação do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional e da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que se passou a dá maior ênfase a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais. De acordo com Garcia (2005, p. 211) a partir disso, pesquisas sobre o perfil epidemiológico das doenças passaram a ser desenvolvidas tendo em vista estudar a associação entre alimentação e doenças crônicas como enfermidades cardiovasculares, diversos tipos de câncer, diabetes, entre outras causas como obesidade.

Segundo Arnaiz (2008, p. 148), a industrialização de alimentos e da alimentação tem pontos positivos e negativos. A industrialização propiciou o acesso generalizado aos bens alimentares que passou a ser produzidos em maior quantidade e a um custo relativamente mais baixo. A produção agroalimentar intensiva, acentuada a partir da segunda metade do século XX, possibilitou,

juntamente com o aumento da expectativa de vida da população, o acesso a alimentos que décadas antes, e em todo percurso da evolução humana, eram inacessíveis para a maioria dos grupos sociais.

Para este mesmo autor, a ampliação das redes de distribuição e de transportes permitiu que produtos variados chegassem a todas as partes, incluindo as zonas geograficamente mais isoladas e que o lugar da produção estivesse próximo do consumo. As novas tecnologias agrícolas dispuseram uma série de alimentos – frutas, vegetais, hortaliças, tubérculos, entre outros - cuja oferta se mantém independente de sua possível sazonalidade natural, durante o ano inteiro, processo que viabilizou o acesso a uma alimentação mais diversificada.

O século XXI trouxe inúmeras inovações no campo da alimentação, principalmente no campo da genética, da biotecnologia e da nutrição. Nesse processo, para Beaglehole e Yach (2003, p. 905) e Gallian (2007, p. 182) o desenvolvimento da indústria alimentar com bases no capitalismo industrial, financeiro e empresarial, com a lógica fundada apenas na produção e na lucratividade, repercutiu fortemente nos costumes e hábitos alimentares, principalmente, nos grandes centros urbanos. Evidenciam-se, nos últimos 65 anos, transformações notáveis na agricultura, no processamento de alimentos, distribuição, transportes, práticas comerciais e, por conseguinte, no consumo de alimentos.

Para esses autores, essas mudanças, associadas à saída da mulher do espaço doméstico para o mercado de trabalho, acontece em detrimento da preparação de alimentos frescos – como resultado da dinâmica social que caracteriza o cotidiano da sociedade de consumo contemporânea - diminuiu o consumo de alimentos caseiros, não industrializados e aumentou a ingestão de refeições prontas, fora do ambiente doméstico, preparados com produtos ricos em açúcares, sais, gorduras e aditivos químicos e esquentado no forno micro-ondas ou preparado utilizando outras tecnologias de alimentos.

Nessa direção, o processo acelerado de urbanização industrial promoveu novos hábitos alimentares e estilos de vida adaptados ao sistema socioeconômico. Os aspectos destacados como positivos que favoreceram a produção de alimento, particularizando o Brasil, acontecem em detrimento da saúde pública. Segundo Valente e Maluf (1996, p. 12) o consumo de alimentos e de alimentação industrializada, de uma dieta inadequada do ponto de vista nutricional, têm induzido

altas prevalências de sobrepeso, obesidade e Doenças Crônicas não Transmissíveis como a hipertensão, as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, cânceres e dislipidemias, que se constituem como um problema prioritário de saúde pública.

Segundo Beaglehole e Yach (2003, p. 905), a substituição de uma dieta tradicional, rica em frutas e vegetais por uma dieta rica em calorias fornecidas por gorduras animal e baixos em carboidratos complexos, é comum em quase todos os países do mundo. A esses fatores se associa ainda as mudanças das formas de trabalho, a praticidade das atividades com o processo de informatização, incluindo as atividades domésticas e as novas tecnologias no preparo e cocção dos alimentos que estabelecem um padrão de atividade física que induz o sedentarismo. A rapidez da transição e as reduções da energia gasta na atividade física em todos, exceto os países em extrema pobreza, especialmente nas áreas urbanas, estão refletidos no rápido aumento da obesidade urbana (MONDINI; GIMENO, 2011, p. 481).

Somando-se a isso, a expansão dos meios de comunicação, publicidade e marketing, ao encontro da lógica do sistema capitalista promovem o consumo de alimentos industrializados, ultraprocessados⁵ e a criação de espaços de consumo de alimentos como fast-foods⁶ de natureza diversa. Esses que contribuem para o aumento das estatísticas de doenças crônicas não transmissíveis, sobrepeso e obesidade (MONDINI; GIMENO, 2011, p. 481).

Sumerain e Katz (2009, sem paginação) chamam à atenção para as desigualdades sociais que refletem diretamente no consumo de alimentos, sobretudo, das classes menos favorecidas, cuja dieta é composta basicamente por alimentos industrializados, menos equilibrados em termos nutricionais e de baixo custo.

A industrialização e as novas tecnologias de alimentos, além do processo de racionalização, beneficiamento e a produção de alimentos em grande escala para o

⁵ De acordo com Lourada et al. (2015, p. 2), alimentos ultraprocessados são formulações industriais prontas para o consumo e feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar e proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e outros aditivos usados para alterar propriedades sensoriais).

⁶ Segundo Leal (1998, p. 56), refeições do tipo fast-food são refeições rápidas, a base de sanduíches variados, pizzas, salgadinhos, sucos, refrigerantes, sorvetes, etc, normalmente vendidas em estabelecimentos de rápido atendimento e que façam preparações que possam ser consumidas sem a necessidade de pausas de outras atividades. Esse tipo de alimentação ainda recebe o nome de junk-food, ou comida lixo, quando é rica de gorduras, açúcares sais e outros elementos nocivos à saúde humana, como os alimentos exemplificados acima.

acesso e consumo da população humana. Segundo Carneiro (2003, p. 79) a industrialização de alimentos propiciou impactos positivos, porém, acarretou impactos negativos que vão além dos prejuízos à saúde humana. Contabiliza-se a contaminação ambiental a partir da utilização de embalagens e garrafas plásticas, o uso de aditivos químicos, a padronização dos gostos alimentares, o controle dos mercados pelas multinacionais e das relações comerciais desvantajosas, sobretudo, para os países periféricos.

A contemporaneidade é, portanto, marcada por mudanças profundas nas práticas de consumo, no comportamento e nos hábitos alimentares do/a consumidor/a, efeitos do processo urbano-industrial. Influenciado/a pelo sistema econômico, pelos meios de comunicação e pelo marketing o/a consumidor/a passa a preferir alimentos industrializados, ricos em açúcares, gorduras, substâncias químicas, de fácil consumo e de melhor custo benefício, ao consumo de alimentos in natura – obtido localmente, pela caça, pela pesca, pela criação de animais domesticados ou pelo cultivo de vegetais - ricos em nutrientes como carboidratos integrais, lipídeos simples, vitaminas e sais minerais que reduzem os riscos de doenças crônicas não transmissíveis e favorecem uma melhor qualidade de vida e um envelhecimento ativo e com qualidade de vida.

São contradições que fazem parte da sociedade de consumo contemporânea e que influenciam um novo pensamento, novos hábitos, novos costumes, novas práticas. Contradições próprias do modo de produção capitalista hegemônico que ao longo do processo urbano industrial patronizou as escolhas e os gostos alimentares dos/as consumidores/as. Nesse processo, os alimentos deixam de ser elementos essenciais à vida e à saúde para servir aos interesses privados da indústria de alimentos e do mercado (DAMO; SCHIMIDT, 2016)

Segundo Santos (2005, p. 21) a subordinação da comida às relações mercadológicas resulta na deturpação de seu significado essencial. Da mesma forma, a ruína dos vínculos genuínos que unem o alimento a seu consumidor (dominação e padronização dos gostos pelas relações materiais e o ideário simbólico do capital) tem esvaziado da vida humana o real sentido de alimentar-se, resultando em escolhas alimentares alienadas, sobretudo, prejudiciais à saúde.

Nesse contexto, segundo Damo e Schimidt (2016, p. 73) produzir comida deixou de ter por finalidade gerar saúde (alimentar, de fato, de forma saudável) e

promover o bem-estar das pessoas, qualidade de vida. Destina-se a atender questões puramente comerciais e lucrativas.

Conhecer tal realidade, suas contradições e a representação social que as pessoas possuem sobre esse fenômeno é um passo necessário tendo em vista contribuir para a compreensão desse fenômeno e suas transformações, principalmente, a forma como os seres humanos se relacionam com alimentação, na sociedade contemporânea.

3 DESENVOLVIMENTO TEÓRICO-CONCEITUAL SOBRE HÁBITOS E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: DIMENSÕES QUE OS CONFORMAM NA CONTEMPORANEIDADE.

Tradicionalmente, o conceito de alimentação saudável foi pensado com enfoque específico na dimensão biológica, contudo, o biológico, é apenas um dos componentes que integram este complexo conceito que não se restringe a essa dimensão, mas, envolve outras dimensões - sociais, econômicas, afetivas, comportamentais, antropológicas, culturais e ambientais. A própria alimentação em si é um objeto de extrema complexidade que envolve na sua compreensão crítica, na perspectiva da totalidade, conhecimentos de economia, sociologia, antropologia, história, psicologia e outras variáveis do conhecimento científico (POULAIN, 2004, s/p; PINHEIRO, 2005, p.126-127).

Nessa perspectiva, refletir sobre alimentação saudável, implica envolver os padrões alimentares de indivíduos, grupos e sociedade, além disso, compreender os valores que sustentam a identidade coletiva, posição na hierarquia, na organização social (LODY, 2008, sem paginação). Isso justifica porque os alimentos são centrais para a compreensão da identidade individual ou coletiva de povo ou população. A alimentação ou a comida é tão importante e identificadora de um indivíduo, de uma sociedade, de um grupo, de um país, quanto um idioma, funciona como um dos mais importantes canais de comunicação. Comer é existir enquanto indivíduo, sociedade, grupo e país, enquanto história, enquanto cultura, dignificando o sentido de pertencimento (LODY, 2008, sem paginação).

Para Santos (2005, p. 13) o alimento constitui uma categoria histórica, pois os padrões de permanência e mudanças dos hábitos e práticas alimentares têm referências na própria dinâmica social. Os alimentos não são somente alimentos. Alimentar-se é um ato nutricional, comer é um ato social, pois constitui atitudes ligadas aos usos, costumes, protocolos, condutas e situações. Nenhum alimento que entra em nossas bocas é neutro. A historicidade da sensibilidade gastronômica explica e é explicada pelas manifestações culturais e sociais como espelho de uma época e que marcaram uma época. Neste sentido, o que se come é tão importante quanto quando se come, onde se come, como se come e com quem se come. Enfim, este é o lugar da alimentação na História (SANTOS, 2005, p. 13).

Nesse mesmo entendimento, Barbosa (2004, p. 92) registra sobre a complexidade que remete o entendimento sobre hábitos alimentares. Para autora falar sobre hábitos alimentares implica ter conhecimento sobre comida e sobre as atitudes em relação a ela e não apenas a classe de alimentos consumidos por uma população. Mas, especificamente, trata de expor sobre o que se come. E comida significa o que, o como, o quando, o com quem, o onde e de que maneira os alimentos selecionados por um determinado grupo humano são ingeridos.

Esse significado relevante dado ao alimento vem desde tempos remotos. Os povos antigos, tanto os seres humanos saudáveis quanto os doentes atribuíam a alimentação significado importante. Considerava-se alimentação saudável aquela que se constituía da oferta de todos os alimentos que eram disponíveis na natureza, sem grandes especificações, rica em carnes, peixes, vegetais, cereais e outros alimentos, que de preferência eram preparados cozidos para facilitar sua digestão. Os médicos à época, já reconheciam a importância de uma alimentação saudável, inclusive seus efeitos preventivos e terapêuticos. Textos escritos por Hipócrates e Galeno, médicos da Grécia Antiga, revelavam produtos alimentícios consumidos pelos gregos, que eram associados aos alimentos que tinham a propriedade de combater doenças, vistos como alimentos que curavam. Nesse mesmo contexto, a dietética, segundo Fladrin e Montanari (1998, p. 254-258) se constituía um dos pilares da medicina e só quem tinha acesso era os indivíduos mais abastados.

Os médicos da antiguidade, em geral, já reconheciam a importância de uma alimentação saudável, conheciam seus efeitos preventivos e terapêuticos. Textos escritos por Hipócrates e Galeno, médicos da Grécia Antiga, revelavam produtos alimentícios consumidos pelos gregos, que eram associados aos alimentos que tinham a propriedade de combater doenças, vistos como alimentos que curavam.

Flandrin e Montarini (1998, p. 260) menciona que Galeno em um de suas obras indica um regime alimentar para pessoas idosas. Esse autor evidencia ainda, que outros pensadores antigos destacavam que a dieta deveria ser personalizada, de acordo com o nível de atividade exercida, com a idade e com o sexo da pessoa – com essas variáveis era possível indicar uma alimentação saudável para o indivíduo.

Para os pensadores antigos que se preocupavam com os benefícios de uma alimentação saudável, os velhos não deveriam comer muita *espelta* (trigo vermelho), queijos, ovos cozidos, moluscos, bulbos, lentilhas, carne de porco. Além disso, deveriam ter cuidado com as enguias, as ostras e com os animais cuja carne é de

casca ou cartilagosos, pois não eram indicados, assim como o atum e os cetáceos e a carne de cervo, de cabra e de boi [...]. No entanto, a carne de cordeiro não era ruim para os velhos, tampouco o das aves que vivem longe dos pântanos, dos rios e dos lagos. Contudo, todas as carnes salgadas eram melhores que as carnes frescas (FLANDRIN; MONTANARI, 1998, p. 260).

Ademais, segundo Flandrin e Montarani (1998, p. 260), Galeno recomendava:

[...] é preciso, sobretudo, os velhos, ter cuidado com alimentos que provoquem indigestão; [...] no que diz respeito ao pão, os velhos devem evitar os que não são salgados, fermentados, amassados, nem bem cozidos, assim como a farinha mais fina e os alimentos que são preparados com elas [...]. Nada é mais perigoso para os homens, principalmente para os velhos, do que deixar de misturar bastante mel aos bolos preparados com manteiga e farinha.

Para se ter ideia, ao contrário do que se pensa, na Grécia Antiga a palavra dieta já equivalia ao pensamento de que não há saúde e boa forma física sem exercícios e alimentação saudável. A dietética, junto com a cirurgia e a farmacologia constituía um dos três ramos fundamentais da medicina antiga.

Para Santos (2007, sem paginação):

[...] a dieta “envolvia tudo, não só a alimentação, mas disciplina de horário, frequência do ato sexual e outras prescrições do cotidiano”, cujo objetivo era prevenir e combater as doenças. Para Hipócrates a doença baseava-se no excesso ou falta de alimentos sendo que o exercício físico e a atividade sexual também entram nessa lógica da falta e do excesso. [...]. Em relação à busca da dieta saudável ou a dieta perene, cumpre destacar um tratado antigo de dieta, que foi a 1ª vez que se falou na relação do homem com o meio-ambiente, intitulado “Ares, Águas e Lugares”, datado do séc. 5º A.C.

Os alimentos têm, na Idade Antiga, a função de promover a saúde não apenas do corpo, mas, da alma. Baseados na fisiologia dos humores, médicos à época associavam os alimentos aos quatro tipos de humores (sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra) e assim atribuía essas características aos alimentos. O estado de saúde dependeria da exata proporção e da perfeita mistura dos quatro humores, que poderiam alterar-se por ação de causas externas ou internas. O excesso ou deficiência de qualquer dos tipos humores, assim como o seu isolamento ou miscigenação inadequada, causariam as doenças com o seu cortejo sintomático (FLANDRIN; MONTANARI, 1998, p. 256; REZENDE, 2009, p. 52).

Conforme Azevedo (2014, p. 88) as intervenções alimentares para o tratamento de doenças nos sistemas tradicionais da antiguidade, partiam do conhecimento do poder terapêutico dos alimentos. Naturalmente, tais práticas ainda não se baseavam no conhecimento dos princípios ativos ou das qualidades

funcionais nos alimentos, mas se estabeleciam a partir de outras racionalidades, a patologia humoral.

Durante a Idade Média os ensinamentos sobre dietética seguem o modelo antigo da doutrina da patologia humoral. À época, segundo Kislinger citado por Fladrin e Montanari (1998, p. 333), a escolha de uma boa alimentação é essencial para que se mantenha um bom equilíbrio psicossomático. Atribuía-se também aos alimentos as qualidades de quente, seco, úmido e frio [...]. Entretanto, esse conhecimento pouco evoluiu durante esse período e andava junto com a medicina rudimentar da época.

De acordo com Azevedo (2014, p. 92) as condutas alimentares e o conceito de alimentação saudável surgem no início da modernidade, no Século XV, definidos pela cultura e pela territorialidade.

Nos séculos XVI e XVII, os médicos formados nas universidades recebiam um ensino puramente acadêmico sobre os princípios de fisiologia dos humores. Aprendiam que a doença surgia de um desequilíbrio entre os quatro humores (o sangue, a fleuma, a bÍlis amarela e a bÍlis negra). O diagnóstico consistia em estabelecer qual humor estava desequilibrado e a terapia, em medidas para recompor o equilíbrio, fosse por sangrias (com cortes na veia, escarificação ou aplicação de sanguessugas) ou submetendo o paciente a uma série de purgantes e vomitórios (DECKMANN FLECK, 2005, p. 38).

Essa teoria e modelo de medicina e dietética continuaram até os primórdios da modernidade – final do século XVII, quando os avanços tecnológicos, científicos e médicos começaram a se desenvolver.

No século XVIII, segundo Silva (2016, p. 30) a agricultura, que na Idade Antiga e até o final da Idade Média era de subsistência, passa a ter fins comerciais. Produtos entre muitas espécies alimentares como o tomate, a batata, o milho, o arroz e outros, tornam-se importantes na alimentação ocidental e transformam-se em mercadoria, isto é, passam a ser vendidos, obtêm valor de troca. A produtividade agrícola e a oferta de alimentos aumentaram consideravelmente, as pessoas passaram a viver mais tempo, conseqüentemente, a população aumentou e a indústria ganhou mais mão de obra e consumidores.

Com a Revolução Industrial, profundas transformações ocorreram na sociedade em todas as esferas, técnicas, comerciais e agrícolas. Para Arruda (1980, p. 119) as conseqüências geradas pela Revolução Industrial transformaram a

sociedade rural em sociedade industrial, o trabalho artesanal-manual, em trabalho assalariado, sistemas que passaram a utilizar à energia a vapor concomitante a energia humana.

De acordo com Mandel (1982, p. 265) a produção capitalista de mercadoria destruiu definitivamente a unidade entre agricultura e a produção artesanal e também dissolveu outros vínculos entre diversos setores das sociedades pré-capitalistas e, por conseguinte, penetrou incessantemente na produção simples de mercadorias, gerando a contraposição entre os bens de consumo produzidos no campo e os meios de produção na cidade.

Nesse contexto, o investimento realizado no melhoramento das ferramentas e das máquinas para a indústria e a agricultura – a Revolução Agrícola - bem como a utilização de novos métodos como a rotação de safras, as sementes selecionadas e o surgimento de novos equipamentos agrícolas, levou a um extraordinário aumento na produção e no consumo de alimentos, que contribuiu para a sobrevivência de uma parcela considerável da população, e, por conseguinte, para o aumento demográfico (SILVA, 2013, p. 32).

Segundo essa mesma autora, à medida que aumentavam as populações e as cidades cresciam, eram construídas as ferrovias, seguidas depois pelas estradas, levando as lavouras a serem empurradas para longe dos centros consumidores. Nesse processo, outros produtos alimentares que podiam ser transportados com maior facilidade e que duravam mais tempo, foram ocupando espaços no comércio e na mesa das pessoas, concorrendo com vegetais e outros alimentos frescos.

Segundo Mandel (1982, p. 265), o aumento do consumo de outros produtos alimentares fez as indústrias de alimentos começarem a demandar matérias-primas agrícolas, propiciando a especialização crescente dos empreendimentos agrônômicos.

Beardsworth e Keil (1997) ressaltam que em 1720 uma série de livros abordando a relação saúde e alimentação foram publicados pelo médico George Cheyn. Suas recomendações enfocavam a frugalidade, o consumo de alimentos “leves”, como carnes brancas, leite e vegetais e a restrição no consumo de álcool, bem como a prática de exercícios regulares e a prescrição de horários regulares de sono e descanso (AZEVEDO, 2014, p. 93).

No Século XIX, uma série de empreendimentos são desenvolvidos no campo da indústria química, de alimentos, elétrica, do petróleo e do aço, incluindo-

se entre eles a introdução de navios de aço movidos a vapor, o incremento do avião, a produção em massa de bens de consumo, a industrialização de alimentos, a refrigeração mecânica e outras técnicas de preservação de alimentos (SILVA, 2016, p. 33).

Segundo Azevedo (2014), na primeira década desse século são realizadas as primeiras considerações sobre a qualidade da alimentação e a racionalização no uso de alguns alimentos na Europa, com foco na saúde das elites. Mais tarde, com o desenvolvimento da ciência da Nutrição, países como a Inglaterra e os Estados Unidos começaram a intervir nos padrões nutricionais das classes desprivilegiadas, com intervenções no campo da educação nutricional, subsídios e distribuição de alimentos para grupos nutricionalmente vulneráveis.

Nesse contexto, ainda conforme Azevedo (2014, p. 92) com a descoberta dos nutrientes, a Nutrição moderna se desenvolve como uma profissão paramédica, preconizando a padronização das necessidades nutricionais humanas com base no conceito de caloria e na análise quantitativa dos nutrientes. Iniciam-se as pesquisas no campo da bioquímica substituindo os tratados filosóficos históricos e os livros sagrados que abrigavam teorias sobre a qualidade de certos alimentos (SCHMIDT, 2011).

A descoberta da proteína – palavra de origem grega que significa primeiro ou de principal importância - pelo químico Berzelius em 1779-1848 - mudou profundamente a trajetória dos estudos da Nutrição humana e iniciou uma expressiva mudança nos sistemas alimentares que se voltaram para produção da proteína animal. Com essa descoberta, o conceito de nutrição, segundo esse mesmo autor, definida pelos antigos gregos como “tipo de vida ou estado de ser, tornou-se menos um *“instrument of state”* (MARTINS apud CANNON, 1987, p. 702).

Segundo Azevedo (2014, p. 94) os menus racionais se ajustaram ao perfil da modernidade, baseados em princípios científicos, elementos de cálculo e mensuração, bem como passam a envolver critérios designados para atingir objetivos específicos – perda de peso, bem-estar físico ou mental, prevenção de doenças e promoção da saúde.

Esses menus podem ter outros objetivos específicos, como minimizar tempo e esforço para o preparo de alimentos (menus convenientes); baixar custos na compra alimentos (menus econômicos) e maximizar o prazer gustatório (menus

hedonísticos) (BEARDSWORTH; KEIL, 1987). Ressalta-se que tais menus, na atualidade, ainda definem o modo de se alimentar.

No final Século XIX, a alimentação passa a ser abordada de forma mais enfática como uma estratégia para a saúde, assinalando o início das pesquisas no campo da nutrição científica e as mudanças da concepção da relação entre alimentação e saúde no mundo ocidental. Segundo Silva, Racine e Queiroz (2012, p. 1362), as recomendações internacionais de promoção da alimentação saudável evocam a importância da variedade de alimentos como fonte de nutrientes, o equilíbrio na escolha da ração alimentar baseada nas necessidades individuais e a moderação pelo controle do consumo de alimentos energéticos, principalmente as gorduras (FAO, 1996; OMS, 1990). Todas essas regras circunscrevem, ainda hoje, as distintas abordagens socioculturais e biológicas sobre os significados da alimentação (SILVA; RECINE; QUEIROZ, 2012, p. 1368).

Antes do advento da modernidade e das indústrias, a alimentação tinha por base alimentos locais, sazonais, frescos e pouco processados, devido ao próprio perfil dos sistemas agroalimentares tradicionais. O gradual processo de desenvolvimento da agropecuária foi revolucionário e intensificou-se através de complexos sistemas integrados que ocorreram simultaneamente em muitos lugares do mundo. O gerenciamento ótimo de recursos naturais baseado na manutenção da biodiversidade, no pousio e na rotação de culturas e o acúmulo de conhecimento ecológico local resultaram em níveis satisfatórios de produtividade em várias regiões do mundo (AZEVEDO, 2014, p. 86; FREIXA; CHAVES, 2009, sem paginação).

Ao longo da história, observa-se que a preocupação com a escassez de alimentos, coma a fome e a desnutrição sempre estiveram e ainda estão presentes. Contudo, não se pode negar que as transformações sociais, econômicas e culturais ocorridas na contemporaneidade trouxeram sem dúvidas inúmeras mudanças na forma de produção e de consumo de alimentos em relação a tradicional - consequência do desenvolvimento industrial, das novas tecnologias, fortalecido pelo mercado mundial e pela globalização - sobretudo, no que se refere à produção, ao acesso e a facilidade de se preparar e consumir alimentos.

O novo padrão alimentar propiciou mudanças expressivas nos hábitos alimentares da população. O aumento do consumo de alimentos industrializados, ricos em carboidratos simples, sódio, gorduras e outros aditivos químicos, é extremo. Esse aumento é marcado, sobretudo, pelas dinâmicas do modo de vida urbanizada

e têm como consequências o aumento do sobrepeso, da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer, obesidade, entre outras.

Na década de 1940, segundo Bianco (2008, p. 48) os estudos de Healsman e Mellentin (2001, p. 3) sobre microbiologia e química alimentar contribuiu para o rápido crescimento da ciência e da tecnologia de alimentos, cujos resultados vão colaborar posteriormente, mais especificamente em 1950 para ressaltar os estudos sobre nutrição e doenças degenerativas, principais pautas dos estudos relacionados à nutrição na década de 1970.

Nos anos de 1950, o discurso sobre a saúde humana estava em alta, utilizado especialmente, pelas indústrias alimentícias na perspectiva de alimentar o mercado para produção de alimentos saudáveis. Nessa mesma década, segundo Healsman e Mellentin (2001, p. 55) o conceito de alimentação saudável começa a ser pensado junto com a revolução da cultura da alimentação saudável. Para tanto, nos países desenvolvidos, os governos elaboram guias e metas dietéticas que indicam mudanças na dieta para combater doenças, especialmente as do coração. Mudanças baseadas em estudos científicos, cujas propostas gerais fundamentam uma alimentação variada, balanceada, manutenção do peso ideal e diminuição de alimentos riscos em açúcares, sódio e gorduras.

Bianco (2008, p. 49) destaca que na década de 1970 foram criados vários comitês, associações de profissionais e comitês cunhados pelos governos, ou, de origem acadêmica, os quais formularam pacotes contendo recomendações para mudanças na dieta da população, como exemplo – *Dietary Fats and Oils*, da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO) em 1977.

No século XX, as consequências geradas pela revolução urbana industrial, muda o ritmo de vida das cidades, tanto na unidade familiar (espaço privado) quanto no espaço público, os efeitos, afetam, sobremaneira, as relações de consumo e as práticas alimentares.

Segundo Batista Filho e Rissin (2003); Kac e Velásquez-Meléndez (2003), Souza (2010, p. 50), a inserção da mulher no mercado de trabalho, principalmente a partir dos anos de 1970, quando algumas deixam de serem apenas donas de casa, mãe e esposa e conquistam um espaço no mundo do trabalho, afeta a vida da unidade doméstica em vários aspectos. Com isso, perde-se um pouco da figura da mulher “dona do lar”, que prepara a alimentação para família. Fora da unidade

doméstica, a mulher não dispõe mais de tempo suficiente para realizar essa tarefa com a mesma qualidade de antes, considerando alimentos mais naturais, sabor, consistência e aparência. Essa condição resulta na busca da mulher por alimentos industrializados, de mais fácil preparação e até mesmo a realização das refeições por ela e pela família fora do lar, principalmente em restaurantes, pensões e *fast foods*.

Para Malta (2006, p. 40) essa condição, ocasiona mudanças no padrão alimentar e no estilo de vida da população, como consequência, vive-se uma transição nutricional cujos altos índices de sobrepeso e obesidade são evidenciados. Como consequência observa-se um aumento progressivo da morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (obesidade, diabetes, hipertensão arterial, acidentes cerebrovasculares, osteoporose e câncer de muitos órgãos, bem como doenças coronarianas), que de forma considerável tem afetado principalmente as pessoas idosas. Essas doenças mesmo tendo fatores internos como a genética e outras patologias associadas, são consequência principalmente de fatores externos que auxiliam na propagação das DCNT como o tabagismo, a inatividade física, o uso de álcool e, principalmente, as dietas não saudáveis, cujo consumo de alimentos processados ricos em gorduras saturadas, açúcares e sódio, tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas.

De acordo com Gimeno et al. (2002), a renda e o poder de compra da população são fatores determinantes do processo de transição nutricional observado na contemporaneidade. A variação positiva ou negativa da renda de uma família ou do preço de determinados produtos alimentícios é muito mais evidente na população pobre. Isso explica porque na atualidade, a população pobre consome mais alimentos que contribuem para o desenvolvimento das DCNT, isto é, são mais baratos e ricos em quantidade de gordura, carboidratos, açúcares, entre outros aditivos químicos, extremamente prejudiciais à saúde.

Essa análise é confirmada a partir de dados obtidos em quatro grandes pesquisas representativas sobre compras de alimentos pelas famílias do Brasil, entre a década de 1970 e meados da década de 2000, evidenciam nesse período uma redução nefasta na compra de alimentos tradicionais básicos, como arroz, feijão e hortaliças, e aumentos notáveis na compra de alimentos processados – mais baratos e ricos em gordura saturadas, carboidratos, açúcares - acarretando aumento

do consumo de gorduras saturadas e sódio, extremamente maléficis (LEVY et al., 2009).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF (2002-2003) confirma essa mudança no padrão alimentar brasileiro quando mostra em sua análise que o consumo de alimentos ultra processados aumentou de 20,8% para 25,4%, no período de 2002-2003. Explica ainda que, os ultraprocessados são essencialmente formulações da indústria de alimentos, contendo pouco ou nenhum alimento integral ou natural. Geralmente é rico em aditivos, conservantes e associados com vitaminas e minerais sintéticos. Compreendem pães, barras de cereais, chocolates, doces, bolos, sorvetes, refrigerantes, refeições congeladas, *pizzas*, embutidos, *nuggets* e sopas enlatadas ou desidratadas.

Por conta desse tipo de alimentação e outros fatores associados ao estilo de vida urbano, o Brasil vem se tornando um país com grande prevalência de pessoas com sobrepeso e obesidade, crianças, adolescentes, adultos e idosos. Através de dados e estatísticas de uma diversidade de estudos acadêmicos e de órgãos governamentais que mensuram e comprovam esse crescimento, é possível visualizar essa situação. Segundo a VIGITEL (2016) citado por Levy (2016), o sobrepeso e a obesidade aumentaram 23,6% e 60% respectivamente, no período de 2006 a 2016, e no aumento de doenças como hipertensão arterial e diabetes, que aumentaram também nesse intervalo de 10 anos 14,2% e 61,8% respectivamente.

A POF organizada pelo IBGE, mensurou no período de maio de 2008 a maio de 2009 as estruturas de consumo; qualidade nutricional dos alimentos servidos a mesa; gastos; rendimentos e parte da variação patrimonial das famílias, incluindo todas as faixas etárias. A análise da participação relativa de grupos de alimentos indicou que os alimentos de origem vegetal (cereais, leguminosas, raízes e tubérculos) correspondem a 45% das calorias totais, seguidos com 28% pelos alimentos essencialmente calóricos (óleos e gorduras vegetais, gordura animal, açúcar de mesa, refrigerante e bebidas alcoólicas) e, com apenas 19%, produtos de origem animal (carnes, ovos, leite e derivados). As frutas, verduras e legumes atenderam apenas 2,8% das calorias totais, o que pode ser um dos motivos do crescente ganho de peso da população brasileira.

Segundo dados da Levy (2016), a população adulta - entre a faixa etária de 35-44 anos, 45-54 anos, 55-64 anos e 65 anos ou mais, apresentam respectivamente 61,1%, 62,4%, 62,4% e 57,7% excesso de peso, percentual

alarmante que afirma os malefícios da má alimentação da população brasileira. Além disso, 59,2 % dos entrevistados possuem baixa escolaridade, apontando dois fatores associados – a idade avançada, sobretudo, na faixa de 60 ou mais anos de idade, e a falta ou baixa escolaridade característica da população do Brasil.

4 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E CONSUMO ALIMENTAR: FATORES QUE SE INTERPÕEM A UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos ou mais e estima-se um crescimento de uma em cada 5 por volta de 2050. No Brasil, segundo o IBGE (2014) a população de pessoas com 60 anos ou mais cresceu 47,8% na última década, totalizando cerca de 21 milhões de pessoas, aproximadamente, 11% do total da população brasileira. Em 2025, a estimativa é que o Brasil tenha perto de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

Essa realidade é consequência da nova equação demográfica, cuja média de tempo de vida se elevou, aumentando a expectativa de sobrevivência maior. A pirâmide populacional, antes formada, em sua maior composição, por crianças, adolescentes e jovens, hoje já apresenta um perfil aproximado do padrão vigente nos países desenvolvidos, com uma participação crescente de pessoas com mais de cinquenta anos nos patamares medianos e superiores de sua estrutura.

Subjacentes à rápida transição demográfica, particularmente, acelerada a partir dos anos 1980, ocorreram outras mudanças significativas que afetaram a geração de renda e a condição de vidas dos/as trabalhadores/as brasileiros/as. As mudanças na estrutura de ocupações e empregos é um exemplo. O mercado de trabalho antes fundado no setor primário (agropecuária e extrativismo) passou a exigir uma demanda de mão-de-obra concentrada no setor secundário e, sobretudo, no setor terciário da economia. Essas transformações afetaram à geração de renda, o estilo de vida e, especificamente, de satisfação das demandas de alimentação (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003, p. 182).

Do ponto de vista econômico, Aranceta-Bartrina (1988), Veras (1990), Arhontaki (1994) e Nogués (1995), afirmam que no Brasil, essas mudanças afetaram o poder aquisitivo da população, sobretudo, pela exclusão de uma parcela significativa da população do mercado de trabalho, incluindo os/as idosos/as. Essa situação levou ao baixo poder aquisitivo que vai refletir diretamente na compra de alimentos de menor valor e uma monotonia da alimentação pelo consumo frequente de produtos industrializados como doces e massas, de fácil preparo.

Segundo Monteiro (2012, sem paginação) esta situação reflete diretamente no consumo, alimentar dos idosos (as) que passam a consumir alimentos industrializados. Esse consumo afeta ainda mais as alterações fisiológicas próprias

do processo de envelhecimento. Para Campos (2008, sem paginação) o consumo de alimentos processados se dá não apenas em função da condição financeira que leva a compra de alimentos de menor valor e de fácil preparo, mas, devido, também, a sua progressiva incapacidade para realizar sozinho, as atividades cotidianas. Nessas circunstâncias, a aquisição de alimentos, principalmente através da ida ao supermercado e a preparação das refeições podem se tornar uma tarefa muito difícil. As consequências geradas pela modificação do comportamento alimentar do/a idoso/a afetam a adequação de nutrientes ao organismo, colocando-os/as em risco de má nutrição e a prevalência de outras doenças, como as DCNT.

Para Monteiro, tal situação faz com que o idoso dê preferência aos alimentos menos nutritivos, de fácil preparo, evitando os que possam causar dificuldades de manipulação durante as refeições. Em geral, verifica-se o excesso no consumo de produtos de panificação (pão, biscoitos, roscas, bolos), massas e doces. Embora, existam outros fatores - como perda do cônjuge, depressão, ansiedade, que podem afetar o consumo alimentar do/a idoso/a - Malta et al. (2013, p. 378) e Gomes (2005) fazem questão de lembrar que a condição socioeconômica pode ser o fator determinante para o estado nutricional dos/as idosos/as, uma vez que a condição de pobreza, da maioria dos idosos/as do Brasil, muitas vezes dificulta o acesso à uma alimentação saudável, farta e variada, apropriada a evitar desequilíbrios nutricionais, maior longevidade, com melhor qualidade de vida.

Silva et al. (2016, p. 218) chama atenção para outros fatores, além da condição financeira que pode comprometer o consumo alimentar dos/as idosos/as, destaca a falta de integração social que leva a solidão. A solidão familiar ou social predispõe o/a idoso/a a falta de ilusão e a preocupação consigo, fazendo com que se alimente de forma inadequada em quantidade e qualidade (ARANCETA-BARTRINA, 1988). Idosos/as que vivem sozinhos tendem a consumir, com maior frequência, produtos industrializados, como doces e massas, ou de fácil preparo, como chás e torradas, afetando a adequação de nutrientes e colocando-os em risco nutricional (SILVA et al., 2016, p. 218).

Permeando essa discussão, Sartori (2013, p. 56) ressalta o papel do marketing usado por empresas da indústria alimentícia na perspectiva de propiciar o aumento do consumo de produtos industrializados pelo grupo de idosos/as. Segundo Sartori, estudos realizados por profissionais da área de saúde e de nutrição afirmam que o consumo em alta de alimentos processados no mundo, são,

sobretudo, consequências das estratégias de marketing desenvolvidas pelas indústrias alimentares que controlam o setor.

É sabido que as estratégias de marketing alimentar são utilizadas principalmente para influenciar o público infantil, contudo, a falta de conhecimento sobre os malefícios que causam o consumo de alimentos processados em qualquer faixa etária, tem contribuído significativamente para o consumo desses alimentos, inclusive pelos idosos/as.

O problema é tão sério que desde novembro de 2006, o Brasil dispõe de um excelente instrumento regulatório que limita eficazmente a publicidade de alimentos não saudáveis. Esse instrumento, elaborado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2006), entre outras providências, restringe a publicidade de produtos alimentícios com alto teor de açúcar, sal ou gorduras não saudáveis, no rádio e na televisão e obriga o uso de frases de advertência como já ocorre com a propaganda de medicamentos (MONTEIRO, 2012, p. 58-59). A Resolução RDC nº 24/2010 também dispõe sobre a oferta, propaganda, publicidade, informação e outras práticas correlatas cujo objetivo seja a divulgação e a promoção comercial de alimentos considerados com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de gordura trans, de sódio, e de bebidas com baixo teor nutricional.

No entanto, contrariando essas normativas, pesquisas demonstram o consumo crescente de alimentos industrializados tanto por parte da população infantil, quanto por parte do segmento idoso do Brasil, público considerado mais vulnerável. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) por meio do Programa de Orçamento Familiar evidencia em seus dados que o consumo de embutidos, biscoitos, sanduiches e salgados industrializados aumentou consideravelmente pela população idosa. Freitas et al. (2011, p. 165) cita que entre os 10 alimentos mais consumidos por idosos (de 60 anos ou mais) no Brasil, estão açúcar refinado em várias formas de preparações, adoçante líquido e margarina com sal, em 4º, 6º e 10º posição respectivamente.

O consumo de alimentos doces por idosos/as foi estimado pelo VIGITEL (2015) a partir da frequência semanal e se evidenciou em cinco ou mais dias o consumo de sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces. Os resultados mostram ainda que o consumo por idosos de 65 anos ou mais, apresentou uma média de 17,9%, sendo mais frequente em mulheres que homens, 14,8% e 19,8% respectivamente. O consumo de refrigerantes tende a diminuir com o aumento da

idade, mas, 9% da população entrevistada com 65 anos ou mais consome o produto 5 dias ou mais na semana, esse número é maior em homens que em mulheres, 10,9% e 7,9% respectivamente.

Pesquisa realizada por Levy mostra que mais de 13,7% dos /as idosos/as consomem doces cinco ou mais dias da semana, os homens consomem 14,8% e as mulheres 13,0%, apresentando uma diminuição em relação ao ano anterior e inversão da quantidade de pessoas, por gênero, nessa faixa etária que consomem esse tipo de alimento. Em relação ao consumo de refrigerantes no mesmo ano o consumo médio foi 9,9%, com 12,0% para os homens e 8,6% para as mulheres, identificando um aumento no consumo em relação a 2015.

Os dados apresentados pela Levy (2016) revelam que a obesidade cresceu 60% em dez anos, de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016. O grupo de idosos/as entrevistado a partir de 65 anos, apresentou um número de 20,3% de obesos, sendo mais frequente naqueles com menor escolaridade. Hipertensão arterial e diabetes também apresentaram taxas elevadas na população entrevistada, principalmente, em idosos/as com menor nível de instrução - 64,2% para hipertensão e 27,2% para diabetes no mesmo grupo.

Segundo Nogueira e Sichieri (2009, p. 1) o hábito de consumir refrigerantes desde a infância e outros alimentos com alto teor de açúcar influencia o consumo na idade adulta e conseqüentemente na velhice. Medidas de saúde pública para limitar o consumo desses alimentos, como ações socioeducativas e conhecimento da quantidade de açúcares nos rótulos de alimentos, podem ajudar a população a diminuir o consumo desse produto, principalmente quando limitados na infância.

A relação existente entre alimentação saudável e processo de envelhecimento, na perspectiva de compreender como vem sendo tratado pela literatura à discussão sobre alimentação saudável e os fatores que influenciam e se interpõem diretamente ao acesso, a escolha e o consumo de alimentos saudáveis pelos/as idosos/as no processo de envelhecimento. Entende-se que a compreensão dos fatores que determinam o consumo e as práticas alimentares dos/as idosos/as se torna fundamental tendo em vista contribuir, sobretudo, com as condições de saúde, promoção do envelhecimento saudável e bem-estar desse segmento social.

O consumo e as práticas alimentares dos/as idosos/as são influenciadas por fatores sociais, econômicos e culturais que refletem diretamente no acesso, na escolha e no consumo dos alimentos, por conseguinte, no comportamento alimentar,

corroborando outros estudos. Considera-se, portanto, que a relação entre consumo e práticas alimentares no processo de envelhecimento tem repercussões diretas na saúde e bem-estar do/a idoso/a. Nessa perspectiva, importante se faz conhecer o comportamento alimentar deste grupo etário para garantir aos idosos/as uma sobrevida maior com saúde e uma boa qualidade de vida.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Abordagem e tipologia do estudo

O estudo se constitui de natureza *quantitativa*, constituindo-se o estudo de caso a estratégia mais adequada para a investigação que se realizou. A opção por esta abordagem justifica-se por ser a mais indicada para entender, categorizar, interpretar os fatos que trabalham com os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 1994, p. 21). Através do estudo de caso, o pesquisador ampliou as possibilidades de uso das ferramentas, obtendo um cenário tanto mais abrangente, como detalhado do fenômeno em estudado.

Segundo Chizzotti (1995, p. 102) e Yin (2001, p. 94), o estudo de caso é a técnica mais utilizada por propiciar o uso diversificado de diferentes fontes de evidências, além de possibilitar um retrato abrangente e detalhado do fenômeno em estudo, ademais favoreceu a organização do relato dos dados de forma ordenada e crítica, permitindo uma avaliação analítica.

O sujeito-alvo do estudo de caso se constituiu dos/as representante típicos do problema em questão, que neste estudo é o segmento idoso/a da cidade do Recife/PE, de diferentes classes sociais, do qual se busca apreender as representações sociais que possui acerca da relação hábitos e consumo alimentar saudável e qualidade de vida no processo de envelhecimento.

O estudo de caso considera a utilização de métodos e técnicas diferenciadas, como - documentos, artefatos, entrevistas, observações, relatos, avaliações - de modo a explorar o potencial descritivo e explicativo do fenômeno pesquisado, a partir dos significados atribuídos pelos sujeitos às categorias teóricas analisadas. Para Chizzotti (1995, p. 102), o uso diversificado desses recursos leva a um aprofundamento mais detalhado do fenômeno estudado, o que favorece uma organização e uma construção crítica do fenômeno estudado.

5.2 Universo e amostra da pesquisa

No Brasil, segundo o IBGE (2010, sem paginação) o número de idosos corresponde a 20.590.599 pessoas, representando 10,8% da população total. Em

Pernambuco, segundo dados desse mesmo censo, a população do estado compreende 8.796.448, sendo 7,8% representado pelo coletivo idoso/a.

Considerando esse contexto, adotou-se a classificação socioeconômica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2015) que divide o segmento populacional, incluindo os/as idosos/as em cinco faixas de renda ou classes sociais (A, B, C, D e E).

Essa classificação se tornou a mais adequada para esta pesquisa uma vez que o IBGE utiliza o critério rendimentos mensal para considerar a estratificação socioeconômica dos/as idosos/as. Assim, a amostra foi distribuída em cinco (5) classes sociais, com rendimento mensal mensurado em salários mínimos. Nessa direção, consideram-se as classes A, B, C, D e E como sendo, respectivamente, a Classe Alta, Média Alta, Média/Média, Média Baixa e Classe Baixa.

Dessa forma, a classe E compreenderá aqueles/as idosos/as que recebem de $\frac{1}{2}$ a 2 salários mínimos; a classe D vai de 2 a 4 salários mínimos; a classe C de 4 a 10 salários mínimos; a classe B entre 10 a 20 salários mínimos e a classe A acima de 20 salários mínimos, conforme orientação do IBGE (2015).

Para seleção de uma amostra significativa, considerou-se os estudos de Cresswell (1998, p. 159) que orienta para a amostra de estudos com abordagem qualitativa, ater-se no máximo a 25 e no mínimo 5 entrevistados/as. Complementando essa orientação, Minayo (2017, p. 6), salienta que a pesquisa de abordagem qualitativa não requer uma quantidade de entrevistados (as) maior que 30, para qualquer tipo de fenômeno investigado.

Contudo, optou-se por realizar a coleta de dados através da técnica de entrevista semiestruturada com 40 idosos/as de classe sociais diferentes (A, B, C, D, E) selecionados/as aleatoriamente, considerando 2 da classe A, 2 da classe B, 12 da classe C, 7 da classe D e 17 da classe E, considerando os percentuais da população brasileira, estratificada em cada classe social, conforme o IBGE (2015).

As entrevistas foram transcritas através de um questionário, composto de perguntas abertas e onde os/as idosos/as foram interrogados sobre seus dados sociais, demográficos e econômicos e sobre o conhecimento e significados acerca da alimentação saudável, hábitos alimentares, qualidade de vida e envelhecimento, entre outros aspectos correlacionados. Além disso, foi questionado também sobre os fatores que se interpõem ou contribuem para a construção de hábitos alimentares e alimentação saudável no processo de envelhecimento com qualidade de vida.

Posteriormente, as respostas foram tabuladas e categorizadas para as análises e discussão dos dados obtidos, o questionário foi feito de forma que parte de suas perguntas servissem de base de dados para futuros trabalhos. O critério de escolha adotado além da classe social foi a aceitação dos/as entrevistados/as em participar da pesquisa após esclarecimento dos objetivos da mesma pelo pesquisador e assinatura do termo de consentimento. Os/as entrevistados/as foram selecionados/as de forma aleatória, sendo divididos posteriormente, por gênero, faixa etária e classe social de acordo com sua renda.

A fim de manter a integridade e anonimato dos/as idosos/as que se dispuseram a participar da entrevista, os/as mesmos/as foram esclarecidos/as sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, lendo e concordando em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.3 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

Para elaboração de uma coleta de dados completa e que traga de forma integral todas as informações referente ao problema estudado, considerou-se na pesquisa o uso da entrevista estruturada auxiliada por um questionário contendo perguntas abertas e fechadas.

Para isso, entende-se que a entrevista estruturada se constitui como a técnica de coleta de dados fundamental, por ser a mais adequada para a obtenção das representações sociais dos sujeitos no contexto social estudado. Segundo Richardson (2008, p. 207), a entrevista estruturada é uma importante técnica que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre o entrevistador e o sujeito entrevistado, facilitando a interação face a face, elemento fundamental na pesquisa em ciências sociais.

Para tanto, o instrumento de coleta de dados se constituiu de um formulário de entrevista composto por um conjunto de perguntas abertas e fechadas compondo cinco (5) blocos. O instrumento (APÊNDICE A) definitivo coletou as respostas dos objetivos propostos e ficou estruturado da seguinte forma: BLOCO I – Dados de identificação da entrevista; BLOCO II – Caracterização socioeconômica-demográfico e cultural dos/as idosos/as participantes da pesquisa. BLOCO III – Identificação das representações sociais dos/as idosos/as das classes sociais pesquisadas sobre alimentação saudável;

BLOCO IV – Representações sociais dos/as idosos/as das classes sociais pesquisadas sobre a relação entre alimentação saudável e qualidade de vida versus processo de envelhecimento; BLOCO V – Identificação dos hábitos alimentares dos/as idosos/as; BLOCO IV – Identificação das práticas de consumo alimentar dos/as idosos/as.

No final, cada idoso/a ciente da entrevista assinava o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B). A pesquisa de campo foi realizada entre os meses de setembro e novembro de 2018, com duração média de 1:30 hora, nas residências dos/as idosos/as, a pedido dos/as mesmos/as.

Os dados identificados serão analisados considerando a representação social dos sujeitos, estabelecendo parâmetros com os diferentes estudos de casos desenvolvidos no Brasil e em outros países do mundo, dando especial atenção aos aspectos relacionados por estes estudos como essenciais para a compreensão dos hábitos e do consumo alimentar dos idosos/as, especialmente a identificação dos fatores que interferem ou contribuem para que os sujeitos da pesquisa tenham uma alimentação saudável no processo de envelhecimento com qualidade de vida.

5.4 Método de análise dos dados

As análises e discussões tratadas neste estudo foram baseadas na teoria das representações sociais, desenvolvido por Serge Moscovici, que entende que as representações sociais se constituem como uma das formas de interação entre os sujeitos ou grupos a partir da compreensão da realidade, capazes de influenciar o comportamento do indivíduo participante de uma coletividade (MOSCOVICI, 2003. p. 40). O conceito das representações sociais, a partir dos estudos de Moscovici, consiste numa área de conhecimento específico que tem por objetivo a construção de condutas comportamentais e estabelecer comunicação entre sujeitos em um grupo social produtor de interações interpessoais. Estudiosos como Alvântara e Vesce (2008, p. 2211); Siqueira (2008, p. 20), dentre tantos outros, entendem que a representação social considera as Teorias do Senso Comum - Nomenclatura criada por Moscovici, que significa que os indivíduos constroem em seus cotidianos teorias a respeito dos objetos sociais e essas teorias são orientadoras dos comportamentos dos seres humanos. Nesse sentido, buscava compreender o processo de construção de teorias do senso comum, mostrando que este se diferencia dos outros tipos de conhecimento.

Para Gramsci (1989), o senso comum seria o ponto inicial de onde se deveria partir para construir uma nova concepção de mundo, uma consciência crítica, ou seja, o senso comum, por ser submisso à ideologia dominante, precisaria, então, de ser superado pela filosofia da práxis. A possibilidade única do senso comum ser capaz de gerar mudanças só pode se dar pela via da possibilidade desse senso comum ser capaz de se transpor de uma consciência ingênua do mundo para uma consciência crítica.

Segundo Moscovici (1981, p. 181), a noção de representação social parte de um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no curso de comunicações interindividuais. As representações sociais se constituem em uma das formas de compreensão da realidade, do mundo concreto, permitindo encontrar elementos do discurso social trazido pelos sujeitos sociais para melhor compreensão dos fenômenos sociais (MOSCOVICI, 2003, p. 123).

De acordo com Faria e Santos (2016, p. 26), as representações sociais regem as relações entre as pessoas, orientam as condutas e definem as identidades pessoais e sociais. Nessa direção, as representações sociais são um método eficiente para análise das concepções de idosos/as, sobre o que entendem por alimentação, sobretudo, a alimentação saudável. Visto que toda sua construção e desenvolvimento cronológico são sociais e seus hábitos alimentares e conhecimentos sobre o assunto foi formado com vivências de toda sua vida. Justamente por essa complexidade que se refere o estudo dos hábitos alimentares e seus significados que para Minayo (2007, p. 236), as Representações Sociais manifestam-se por meio de falas, atitudes e condutas que se rotinizam no cotidiano.

Dessa forma, o estudo buscou compreender as representações sociais dos sujeitos envolvidos na pesquisa sobre os hábitos e consumo alimentar de idosos/as de classes sociais diferentes, no processo de envelhecimento, da cidade de Recife – PE, baseado também em bibliografia que aborde o tema proposto. Com isso, foram consultados diversos estudos publicados em periódicos nacionais e internacionais, bancos de dissertações e teses, livros, documentos oficiais, dentre outros que abordassem os temas sobre alimentação, alimentação saudável, hábitos alimentares, envelhecimento, classe social e qualidade de vida de idosos/as.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 Análise e discussão do perfil socioeconômico e demográfico dos/as idosos/as participantes da pesquisa.

A partir da leitura estatística e das análises dos dados acerca do perfil socioeconômico e demográfico dos/as idosos/as, objetiva-se compreender mais especificamente nas Tabelas 1 e 2 as categorias sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, faixa salarial e procedência dos benefícios aferidos. Considerando que a amplitude das categorias adotadas nesse estudo indicam as múltiplas possibilidades e a importância dos dados quantitativos e qualitativos para o entendimento dos hábitos alimentares saudáveis de idosos/as de diferentes classes sociais e sua relação com qualidade de vida no processo de envelhecimento dos mesmos/as, na cidade de Recife - Pernambuco.

Nesse sentido, a Tabela 1, mostra os dados sócios - demográficos de 40 idosos/as divididos/as por classe social (A, B, C, D, E) bem como a análise e discussão dos mesmos, considerando a divisão do grupo por sexo, faixa etária, estado civil e o nível de escolaridade. A Tabela 2 mostra os dados econômicos – faixa salarial e procedência dos benefícios - dos/as referidos/as idosos/as considerando as mesmas classes sociais.

TABELA 1 - Caracterização do perfil sócio-demográfico do/as idosos/as das classes sociais pesquisadas – Recife, 2019.

| DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS | CLASSES SOCIAIS POR RENDA | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------|------------|--------------------|------------|---------------------|------------|---------------------|------------|------------|------------|-----------|---------------|
| | A ALTA | | B MÉDIA ALTA | | C MÉDIA MÉDIA | | D MÉDIA BAIXA | | E BAIXA | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| SEXO | | | | | | | | | | | | |
| Feminino | 1 | 50,00 | 1 | 50 | 7 | 58,34 | 4 | 57,14 | 11 | 64,70 | 24 | 60,00 |
| Masculino | 1 | 50,00 | 1 | 50 | 5 | 41,66 | 3 | 42,86 | 6 | 35,30 | 16 | 40,00 |
| Total | 2 | 100 | 2 | 100 | 12 | 100 | 7 | 100 | 17 | 100 | 40 | 100,00 |
| FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | | | | | |
| 60-64 anos | 1 | 50,00 | 2 | 100 | 2 | 16,66 | 3 | 42,86 | 6 | 35,29 | 14 | 35,00 |
| 65-69 anos | - | - | - | - | 3 | 25 | 4 | 57,14 | 5 | 29,41 | 12 | 30,00 |
| 70-74 anos | 1 | 50,00 | - | - | 4 | 33,33 | - | - | 3 | 17,64 | 8 | 20,00 |
| 75-79 anos | - | - | - | - | 2 | 16,66 | - | - | 1 | 5,88 | 3 | 7,50 |
| 80-84 anos | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 11,76 | 2 | 5,00 |
| 85-89 anos | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| ≥ 90 anos | - | - | - | - | 1 | 8,33 | - | - | - | - | 1 | 2,50 |
| Total | 2 | 100 | 2 | 100 | 12 | 100 | 7 | 100 | 17 | 100 | 40 | 100,00 |
| ESTADO CIVIL | | | | | | | | | | | | |
| Solteiro/a | 1 | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 11,76 | 3 | 7,50 |
| Casado/a | 1 | 100 | 1 | 50 | 10 | 83,33 | 4 | 57,14 | 9 | 52,94 | 25 | 62,50 |
| Companheiro/a | - | - | - | - | - | - | 2 | 28,57 | 1 | 5,88 | 3 | 7,50 |
| Divorciado/a | - | - | 1 | 50 | - | - | - | - | - | - | 1 | 2,50 |
| Separado/a | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Viúvo/a | - | - | - | - | 2 | 16,66 | 1 | 14,28 | 5 | 29,41 | 8 | 20,00 |
| Total | 2 | 100 | 2 | 100 | 12 | 100 | 7 | 100 | 17 | 100 | 40 | 100 |
| ESCOLARIDADE | | | | | | | | | | | | |
| Analfabeto | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 100 | 1 | 2,50 |
| Ensino Fundamental Incompleto | - | - | - | - | 9 | 37,50 | 4 | 10,25 | 11 | 45,83 | 24 | 60,00 |
| Ensino Fundamental Completo | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 100 | 1 | 2,50 |
| Ensino Médio Incompleto | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Ensino Médio Completo | - | - | - | - | 2 | 25 | 3 | 37,50 | 3 | 37,50 | 8 | 20,00 |
| Curso Superior Completo | 2 | 66,66 | - | - | - | - | - | - | 1 | 33,33 | 3 | 7,50 |
| Especialização | - | - | - | - | 1 | 100 | - | - | - | - | 1 | 2,50 |
| Mestrado | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Doutorado | - | - | 2 | 100 | - | - | - | - | - | - | 2 | 5,00 |
| Total | 2 | 100 | 2 | 100 | 12 | 100 | 7 | 100 | 17 | 100 | 40 | 100 |

Fonte: Próprio autor (2019).

a) Quanto ao sexo

O aumento da expectativa de vida do ser humano é uma realidade em escala global, condição também presente no Brasil. Segundo uma análise dos Censos Demográficos do IBGE de 1940 até 2015 evidenciam que houve um aumento crescente no número de idosos/as no Brasil. Os dados demonstram que em 1940, 4% da população brasileira tinha mais de 60 anos. No ano 2000, esse percentual

ascende para 8,6% da população total do país, significando um aumento de 4,6%, dentro da faixa etária dos 60 anos ou mais. Em 2010, o IBGE (2018) aponta que 10,8% da população brasileira é de idosos/as, em 2014 essa população cresce para 13,7% e em 2017, segundo o IBGE (2018), supera o percentual para 30,2 milhões de idosos(as).

Outro dado relevante que traz o IBGE (2018), diz respeito à população brasileira idosa em relação ao sexo, dos 30,2 milhões de idosos/as com mais de 60 anos em 2017, as mulheres são maioria expressiva nesse grupo etário, com 16,9 milhões (56%), enquanto os homens idosos representam 13,3 milhões (44%).

Os dados apresentados na Tabela 1 corroboram a pesquisa realizada pelo IBGE (2017) no que concerne ao sexo no Brasil, uma vez que o percentual de mulheres idosas (60%) é significativamente superior ao de homens idosos (40%).

Os dados da Tabela 1 também podem ser justificados quando se identifica os dados em relação ao sexo da população idosa de Pernambuco. Segundo IBGE (2018) 8,6% da população desse estado é idosa, considerando o total de 9,49 milhões de habitantes. Em Pernambuco, segundo dados do Censo Demográfico IBGE (2010), a população do estado consolidou 8.796.448 habitantes, sendo destes 7,8% representada pelo coletivo idoso. Recife, local onde se realizou essa pesquisa, possui uma população de 1.537.704 habitantes, onde 53,84% são do sexo feminino e 46,16% do sexo masculino. Dessa população, 7,5% é do sexo feminino com 60 anos ou mais de anos e 4,4% é do sexo masculino com 60 anos ou mais.

b) Quanto a Faixa Etária

No que diz respeito idade dos/as idosos/as identifica-se na Tabela 1 que a faixa etária entre 60 e 74 anos de idade é a que apresenta maior quantitativo de indivíduos, composta por 34 pessoas (85%). Em seguida vem à faixa etária entre 75 e 84 anos de idade (12,50%) e com menor percentual a faixa etária entre 85 ou mais de 90 anos de idade (2,50%).

Segundo IBGE (2015) a expectativa de vida da população idosa no Brasil é de 75,5 anos de idade, correspondendo aos dados identificados na Tabela 1, mais especificamente, o que confere os intervalos de 60 a 74 anos de idade, isto é, 85%

da população estudada estão nesse faixa etária, maior percentual de idosos/as entrevistados/as está nesse intervalo.

De acordo com Camarano, Kanso e Mello (2004, p. 28) é comum separar esse segmento populacional em dois subgrupos etários: de 60 a 79 anos e de 80 anos ou mais. Os avanços da medicina e da tecnologia levaram a aumento da sobrevivência dos indivíduos. Com isso, o grupo de 80 anos ou mais, chamado de “mais idoso”, passou a ter maior representatividade dentro do segmento idoso. Apesar desse grupo não ser preponderante nesse estudo, a Tabela 1 mostra que um percentual bem representativo (7,50%) pode ser caracterizado como mais idosos.

Diferentes normativas e documentos legais caracterizam a faixa etária da entrada do ser humano na terceira idade ou velhice. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) justifica que começa aos 60 anos de idade nos países em desenvolvimento e aos 65 anos de idade nos países desenvolvidos. A Constituição Federal Brasileira (1988), menciona a terceira idade com início aos 65 anos de idade, ao tempo em que o Código Penal Brasileiro refere a idade de 70 anos. Já a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/1994) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741, Art. 1º/2003) considera idoso/a, a pessoa com idade igual ou maior de 60 anos.

A partir dessa condição, uma expressão bastante utilizada para caracterizar a faixa etária dos/as idosos/as é a terceira idade, pronunciada pela primeira vez pelo médico e gerontólogo Jean-Auguste Huet em 1956 em Paris, posteriormente usado por outros pensadores. Para esse gerontólogo, os idosos na terceira idade faziam parte da classe de pessoas que vivem a sua terceira idade (*troisième âge*) e o termo passou a ser amplamente repetido e utilizado, vinculado ao envelhecimento com a aposentadoria. A terceira idade, como sugere “*L’invention du troisième âge*” (LENOIR, 1979) emerge em meio aos debates acerca da responsabilidade social e a necessidade de políticas públicas que contemplem a situação vital das pessoas acima de 60 anos, que carecem de auxílio financeiro e cuja aposentadoria não cobre as necessidades reais da condição física própria desta faixa etária (RUELLE, 2003).

Outra caracterização dos /as idosos/as segundo Papalia, Olds e Feldman (2013, p. 573) utilizada pelos cientistas sociais especialistas em envelhecimento referem-se a três grupos de adultos mais velhos: o “idoso jovem”, o “idoso idoso” e o “idoso mais velho”. Cronologicamente, os idosos jovens são pessoas entre 65 e 74 anos, que em geral são ativas, animadas e vigorosas. O idoso idoso, são pessoas entre 75 e 84 anos e o idoso mais velho, pessoas com 85 anos em diante, mais

propensos a uma condição de fragilidade e doença, e com dificuldade em administrar as atividades diárias da vida (ADVs). Considerando os dados encontrados nesse estudo e a relação com essa caracterização, identifica-se que o nosso maior percentual são idosos/as jovens (85%) e significativamente heterogêneos em vários aspectos.

c) Quanto ao Estado Civil

Os dados da Tabela 1 apresentam a distribuição da amostra desta pesquisa em relação ao estado civil. Ressalta-se a predominância do estado civil casado com 65% (25), em todas as classes sociais. A presença de homens idosos casados é maior - 87,50% (14) do que a presença de mulheres casadas idosas, 11 (45,83%), sobretudo, na classe C com 41,66% (5) e classe E com 29,41% (5) de homens casados. A justificativa para essa quantidade de homens casados, segundo Camarano, Kanso e Mello (2004, p. 32) se deve a redução da mortalidade de homens na idade adulta que contribuí para uma diminuição da viuvez e um aumento na proporção de casados, principalmente para homens idosos. Outro fator a ser levado em conta é que 13 dos 14 idosos casados possui idade entre 60-75 anos, intervalo que corresponde à média da expectativa de vida da população brasileira – 75,5 anos (IBGE 2015).

O segundo maior percentual referente ao estado civil dos idosos/as constitui o da viuvez (20,51%). Dos/as idosos/as viúvos/as, 2 são homens e 6 são mulheres. Em relação a classe social, desses/as 8 idosos/as, 5 são da classe E, 1 da classe D e 2 da classe C. De acordo com Camarano, Kanso e Mello (2004, p. 30) as mulheres idosas estão mais propensas à longevidade, devido ao maior cuidado com a saúde em relação aos homens. Por conta disso, idosas tem maior probabilidade de ficarem viúvas, mas, normalmente, em condições socioeconômicas desfavoráveis, como violência, discriminação e baixa fonte de renda, confirmando a condição social da maioria das mulheres viúva entrevistadas nesse estudo.

A viuvez pode também ser resultado, segundo Fonseca et al. (2015, p. 40), da relação de homens mais velhos com mulheres mais novas, de acordo com as normas sociais e culturais da sociedade, principalmente, à época em que eram jovens adultos. Santos (2017, p. 98) afirma que muitas viúvas idosas não voltam a

se casar porque dependem das pensões e estas representam peso no orçamento familiar. Para se ter uma ideia dessa condição, a Tabela 2 apresenta os dados socioeconômico referentes a procedência dos recursos e benefícios dos idosos/as. Os dados mostram que 7,69% (3) são pensionistas e do sexo feminino, 1 da classe C, 1 da D e 1 da classe E. Das 3 idosas pensionistas, 100% vivem com companheiros (7,69%), mas não são casadas com eles - devido a possibilidade de perda da pensão - corroborando com a análise realizada por Santos (2017) que afirma sobre o peso desse benefício na renda familiar.

Corroborando Santos (2017), Dias et al. (2018, p. 483) afirma que apesar da longevidade, idosas com menor renda, estão mais expostas a adoecimentos e privação material básica, que certamente se adicionam as doenças próprias da velhice, a viuvez prolongada, ausência de cuidados familiares e a violações diversas, como a violência doméstica, do que os homens de menor renda nessa faixa etária. Nessa perspectiva, para Santos (2017, p. 97) compreender o perfil socioeconômico dos/as idosos/a levando em consideração a faixa etária, o nível socioeconômico, o suporte familiar, são importantes tendo em vista compreender a condição de vida e sua relação com o processo de envelhecimento, longevidade e qualidade de vida.

Por fim 3 idosos/as são solteiros, sendo um 1 da classe A e 2 da classe E.

d) Quanto à Escolaridade

Os dados mostram que uma grande parcela dos/as idosos/as entrevistados/as, 60% possui Ensino Fundamental Incompleto e apenas 2,50% o Ensino Fundamental Completo, desses/as a maioria são das classes D e E, consideradas menos favorecidas. Seguidos de 20% que possui Ensino Médio completo, 7,50% Ensino Superior Completo, 2,50% Especialização e 5,00% Doutorado. 2,50% dos/as idosos/as da pesquisa são analfabetos. Esse resultado mostra o grande percentual de idosos/as que não possuem formação básica completa (Ensino Fundamental e Ensino Médio). Esses dados refletem diretamente a condição de classe dos/as idosos/as, uma vez que a maioria dessa parcela se encontra nas classe D e E. Os dados mostram que entre 45,83% do Ensino Fundamental Incompleto são da classe E, 10,25% da classe D e 37,50% da classe

C. Todos os/as entrevistados/as das classes A e B possuem Ensino Superior Completo e 2 possuem Doutorado. Apenas 1 individuo da classe E possui o Ensino Superior Completo e 1 individuo da classe C possui especialização.

Estudo realizado por Dawalibi et al. (2014, p. 3510) evidenciou que ter o Ensino Superior completo influencia positivamente na qualidade de vida dos/as idosos/as. O nível de escolaridade dos/as idosos/as nesse estudo (indivíduos com Ensino Superior ou Médio) tornam-se diferenciados em relação aos que tem menor nível de instrução (Ensino Fundamental) e permite que administrem a renda de forma a usá-la com mais consciência, atenuando o impacto da situação socioeconômica sobre sua qualidade de vida.

Segundo o Censo 2010 (IBGE, 2010) apenas 19,5 milhões de toda sua população do país é alfabetizada, isto pode justificar a baixa escolaridade desse segmento. Outro dado que somando a esse pode justificar a baixa escolaridade dos/as idosos/as, sobretudo, dos/as mais pobres, é o que apresento a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD, 2016) em relação aos idosos/as que ainda trabalham, 65,5% possuem apenas o Ensino Fundamental incompleto como maior nível de instrução. A mesma pesquisa aponta que 67% desses/as idosos/as começaram a trabalhar com no máximo 14 anos de idade, explicando um dos motivos que aponta essa discrepância quanto a escolaridade, não tiveram tempo de estudar.

Estudo realizado por Campos et al. (2016, p. 9) sobre o envelhecimento saudável, a partir do ponto de vista de idosos/as octogenários/as, evidenciou que dos/as participantes da pesquisa, a maioria era do sexo feminino, viúva, com baixa escolaridade, aposentadas ganhando menos de um salário-mínimo e vivendo na companhia de familiares ou cuidadores.

Essa condição se assemelha a encontrada nesse estudo, sobretudo, no que concerne ao sexo, a escolaridade e a renda, uma vez que, dos/as 24 idosos/as que possuem o Ensino Fundamental incompleto, 14 são mulheres e das classes menos favorecidas. Segundo Campos et al. (2016) essa condição reflete hoje as desigualdades sociais do início do século XX, época em que essas idosas deveriam estar na escola, mas, a essas era vedada o direito de estudar, principalmente, a pobres e mulheres.

A população idosa longeva de hoje, principalmente, aqueles/as que se encontram com mais de 75 anos, viveu o período escolar em que poucos

frequentavam a escola e que não havia a abrangência do ensino público de massa, isso justifica, especialmente, nas classes menos favorecidas, o baixo nível de escolaridade, confirmado pelos resultados encontrados. Segundo Porciúncula (2012, p. 63) era comum que as famílias dessem mais importância ao auxílio dos filhos na manutenção financeira da casa do que à formação escolar. Além disso, as mulheres não iam à escola, pois deveriam passar por uma formação dedicada ao lar e a serem boas esposas e mães, enquanto seus maridos saíam para o trabalho.

TABELA 2 - Caracterização do perfil socioeconômico dos/as idosos/as participantes da pesquisa conforme classe social – Recife, 2019.

| DADOS SOCIOECONÔMICOS | CLASSES SOCIAIS POR RENDA | | | | | | | | | | TOTAL | |
|-----------------------------------|---------------------------|------------|-----------------|------------|------------------|------------|------------------|------------|------------|------------|-----------|------------|
| | A ALTA | | B MÉDIA ALTA | | C MÉDIA MÉDIA | | D MÉDIA BAIXA | | E BAIXA | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| FAIXA SALARIAL | | | | | | | | | | | | |
| ½ a 2 SM | - | - | - | - | - | - | - | - | 17 | 100,00 | 17 | 42,50 |
| 2 a 4 SM | - | - | - | - | - | - | 7 | 100,00 | - | - | 7 | 17,50 |
| 4 a 10 SM | - | - | - | - | 12 | - | - | - | - | - | 12 | 30,00 |
| 10 a 20 SM | - | - | 2 | 100 | - | - | - | - | - | - | 2 | 5,00 |
| Acima de 20 SM | 2 | 100 | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 5,00 |
| Total | 2 | 100 | 2 | 100 | 12 | 100 | 7 | 100 | 17 | 100 | 40 | 100 |
| PROCEDÊNCIA DOS BENEFÍCIOS | | | | | | | | | | | | |
| Aposentados/as | - | - | - | - | 9 | 36 | 5 | 20 | 11 | 44 | 25 | 62,50 |
| Pensionistas | - | - | - | - | 1 | 33,33 | 1 | 33,33 | 1 | 33,33 | 3 | 7,50 |
| Assalariados/as | 2 | 16,6 | 2 | 16,66 | 2 | 16,66 | 1 | 8,33 | 5 | 41,66 | 12 | 27,50 |
| Total | 2 | 100 | 2 | 100 | 12 | 100 | 7 | 100 | 17 | 100 | 40 | 100 |

Fonte: Próprio autor (2019).

Os dados da Tabela 2 revelam as diferenças de faixa salarial dos sujeitos entrevistados quando se considera as diferentes classes sociais referenciadas pelo IBGE (2006). Observa-se que a maioria 42,50% dos/as idosos/as percebem entre ½ a 2 salários mínimos todos da classe E. Em seguida, 30% se encontram na faixa salarial de 4 a 10 Salários Mínimos e pertencem a C, contudo, vale ressaltar que os salários não chegam a cinco mínimos. A tabela mostra ainda que 7 (17,50%) idosos/as se encontram na faixa salarial entre 2 a 4 salários mínimos (Classe D), entretanto, vale a pena chamar atenção que desses/as nenhum chega a receber 4 salários mínimos em sua totalidade.

Esses achados corroboram dados recentes do perfil socioeconômico dos/as idosos/as de Recife – PE, em estudo realizado por Santos (2017), cuja análise

evidenciou que a maioria dos/as entrevistados/as pertencentes às Classes D e E, recebem salários entre menos de 1 a 3 Salários Mínimos, refletindo segundo a autora a condição de pobreza e de vulnerabilidade social em que estão submetidos em função dos salários auferidos.

Essa reflexão é particularmente relevante quando se considera a renda familiar dos/as idosos/as das classes D e E participantes da pesquisa que deu origem a esse estudo. Na oportunidade da entrevista, a maioria revelou que o salário, pensão ou aposentadoria era a única renda da família, oriunda da aposentadoria ou de pensões, conforme mostram os relatos abaixo:

[...] tenho vergonha de dizer quanto ganho de pensão, é muito pouco, só dá para comer, e é com essa única renda que a família vive (Idosa – Classe E);

[...] a gente dá graças a Deus porque se não fosse a pensão, eu e toda família passava fome, é muito pouco mesmo, mas, a gente vive disso (Idosa – Classe E).

Nessa linha de argumentação, estudos realizados por Neri (2007, p. 14) com objetivo de avaliar a relação entre renda e consumo de idosos, evidenciou analisando os resultados da Pesquisa de Idosos/as no Brasil do SESC/FPA. Idosos entrevistados, 93% afirmou que o principal destino da renda é com a alimentação, ressaltando a importância da mesma na aquisição de alimentos. Com o passar da idade, o gasto da renda pela alimentação diminui – 94% dos idosos/as entre 60 e 64 anos de idade gastam primariamente com alimentação, enquanto 90% dos idosos/as que estão com mais de 80 anos de idade. Em contrapartida aumentam a despesa com remédios (50% contra 80%) (NERI, 2007, p. 18).

Santos (2017, p. 112) chama à atenção para o pressuposto de que o acesso aos recursos financeiros é um dos fatores determinantes de qualidade de vida para os/as idosos/as, uma vez que estes são essenciais para garantia das condições básicas para se ter qualidade de vida – bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, lazer, saúde, alimentação saudável, educação e outros parâmetros que afetam a vida do/a idoso/a. Na pesquisa realizada por esta autora, em Recife-PE, local de realização desse estudo, encontrou idosas ainda não aposentadas, da Classe E, sobrevivendo com ½ salário mínimo, em estado de plena miséria.

Silva et al. (2013, p. 39) destaca que dependendo da condição socioeconômica, as pessoas com rendas menores – entre 1 a 3 Salários Mínimos – dependendo do quantitativo de membros que dependem dessa renda, tendem a ter dificuldades para obter uma alimentação minimamente adequada, dentre os quais os/as idosos(as). Esse segmento da população já tem comprometido um elevado custo com serviços de saúde, gastos em medicamentos e outros produtos e serviços para saúde, os quais comprometem o seu orçamento doméstico, prejudicando a aquisição de alimentos, por vezes condiciona a insegurança alimentar.

Essa reflexão confirma a realidade vivida por 6 idosos/as da Classe E participantes da pesquisa que na oportunidade da pergunta sobre os fatores que interferem para uma alimentação saudável, referem-se, sobremaneira, a questão financeira como principal fator, conforme mostram os depoimentos abaixo.

[...] o preço dos alimentos e o dinheiro que a gente tem é que diz o que a gente compra para alimentação. O dinheiro é o que mais interfere, se tem dinheiro compra todos alimentos que é bom para saúde, se não tem não compra. A gente deixa de comprar muitos alimentos (Idoso – Classe E);

[...] devido às condições financeiras, alguns alimentos que gostaria de comprar, não consigo comprar, o dinheiro não, a gente fica só com vontade (Idoso – Classe E);

[...] devido aos custos e a minha condição financeira, não compro os alimentos com mais qualidade e que preciso (Idosa – Classe E);

[...] o dinheiro é o fator que mais interfere, principalmente, quando é pouco. Tem que gastar com compra de alimentos, remédios, transporte, energia, e muitas outras coisas, o que sobra para alimentação é pouco, mas, a gente se vira com o que dá (Idosa – Classe E).

Esses depoimentos refletem as condições socioeconômicas dos/as idosos/as das classes menos favorecidas do Brasil, sobretudo, do Nordeste. De acordo com Teixeira e Rodrigues (2009, p. 250) boa parte dos idosos/as do Brasil pertencentes as classes mais pobres continuam trabalhando mesmo aposentados, tendo em vista os baixos valores auferido das aposentadorias, ou dos benefícios de assistência social, somando-se ao tamanho da família sob sua responsabilidade, para maioria.

Segundo o IBGE (2006, sem paginação), no Brasil o arranjo familiar mais comum é do idoso/a que mora com sua família, corresponde a 44,5% dos idosos no País. A região Nordeste se destaca com percentuais maiores, que correspondem a 51,6%, especialmente entre classes sociais mais baixas, visto que as necessidades socioeconômicas impedem a saída dos filhos da residência do idoso/a.

Verifica-se que embora os dados do IBGE sejam de 2006, essa realidade persiste no Brasil. Nesse estudo, a maioria dos/as idosos/as das classes C, D e E, conforme relataram, moram com a família devido às condições socioeconômicas dos filhos, os quais dependem ainda dos salários auferidos por eles/as. Isso reflete o índice de desemprego e subemprego do Brasil e conseqüentemente a falta de oportunidades de trabalho para os mais jovens e para população adulta. Essa condição reflete diretamente na melhoria da qualidade de vida do/a idoso/a que passa usar o seu benefício para custear as despesas com os/as filhos/as que já deveriam estar independentes financeiramente.

Outro aspecto que justifica os baixos salários da maioria dos/as idosos/as das classes C, sobretudo, D e E, é o grau de escolaridade, conforme se mostrou na Tabela 1, cuja parcela considerável dos/as idosos/as entrevistados/as (61,53%) possui apenas o Ensino Fundamental Incompleto e 2 são analfabetos.

Segundo Neri (2006, p. 759) que idosos/as que possuem maior grau de escolaridade, normalmente possuem melhor qualidade de vida e acesso a bens de consumo (lazer, alimentação, entre outros), do que idosos/as que possuem menor grau de escolaridade, que está relacionado com a baixa renda desses indivíduos, sobretudo por mulheres idosas, por conta das políticas de educação prevalentes nas décadas de 1930 e 1940, quando o acesso de mulheres à escola era muito restrito e o papel social da mulher, a época, no que diz respeito ao trabalho doméstico. Esse ponto corrobora com a amostra da presente pesquisa, visto que boa parte dos entrevistados são compostos por idosas e em sua maioria são das classes C, D e E.

Contraopondo-se a essa realidade, a Tabela 2 apresenta apenas 2 idosos/as da Classe B (Média Alta) que se encontram na faixa salarial entre 10 a 20 Salários Mínimos e 2 que se encontram na Classe A e recebem acima de 20 Salários Mínimos. No que diz respeito aos estudos de Neri (2006), a relação renda, gênero e escolaridade não se confirma no presente estudo, visto que a maioria dos indivíduos idosos das classes A e B são mulheres.

A diferença do estilo de vida dos/as idosos/as de diferentes classes sociais é visível, principalmente por conta do acesso a renda. Segundo estudos de Santos, Saraiva e Cezar (2015, p. 8), que a desigualdade social afeta de modo diferente a distribuição de recursos na velhice e o faz de uma forma peculiar, sobrevivem com mais qualidade de vida os/as idosos/as que têm mais recursos, aqueles/as que compõem as classes mais favorecidas. De acordo com as entrevistas pelos autores, identificaram que os sujeitos da classe A e B, boa parte da renda é usada para obtenção de conforto, baseado no acesso a bens de consumo (produtos) e serviços garantidos pelo padrão financeiro. Já para os sujeitos das classes menos favorecidas (C, D e E), é evidente a percepção da importância das condições financeiras para garantir as necessidades básicas elementares à sobrevivência humana.

6.1.1. De onde os/as idosos/as obtêm seus recursos

Conforme dados da Tabela 2 os/as idosos/as entrevistados/as obtêm seus recursos financeiros/benefícios por meio de pensões e aposentadorias. Verifica-se que para 62,50% da amostra os ganhos financeiros são provenientes da aposentadoria - 44% da classe E, 20% da classe D e 36% da classe C. Os demais idosos/as da classe A (2) e B (2) continuam na ativa e o ganho financeiro é proveniente dos salários. É importante destacar que 5 idosos/as da Classe E também ainda se mantêm no mercado de trabalho auferindo salários mínimo.

Para Faber (2012, p. 125) as pessoas com mais 60 anos, atualmente, estão em parte economicamente ativas, em parte pela melhora da qualidade de vida e ou pela necessidade de ter uma maior fonte de renda. Sendo assim, essa população ainda é produtiva, inserida no mercado de trabalho e atuante na sociedade.

Santos (2017, p. 108) corrobora com Fonseca et al. (2015, p. 48) em que esse número de idosos no mercado de trabalho brasileiro é consequência do aumento desse parcela da população no mercado, demonstrando interesse do mercado pelo público. Isso é consequência a diversas condições como melhora na saúde e educação e aumento da expectativa de vida. Todavia é importante salientar que muitos vivem com empregos informais e ou precisam dessa fonte renda para ajudar nas despesas domésticas.

Segundo Alencar e Campos (2006, p. 31), os espaços cuja economia é primária, no caso da agricultura, homens e mulheres sempre trabalharam e envelhecem trabalhando. No setor terciário, é no comércio, que idosos/as, por conta própria, estão mais presentes, principalmente em atividades informais, tanto aquelas que nunca foram formalmente empregadas porque não tiveram oportunidades educacionais para tanto, quanto aquelas que já foram jubiladas do trabalho formal.

Os autores (ALENCAR; CAMPOS, 2006, p. 31) ainda complementam que no contexto atual da realidade econômica brasileira, ter um trabalho passa a ser uma necessidade prioritária e até um privilégio. A onda de desemprego gerada, em parte, pelo processo de globalização da economia, mas, principalmente, pela desigualdade na distribuição de bens e de oportunidades sociais, afeta a todos, independente da idade.

Apenas 3 idosos/as dos 40 entrevistados adquirem seus recursos por pensão, sendo distribuídos igualmente entre as classes C, D e E.

Para Santos (2017, p. 106) corroborando com Camarano, Kanso e Mello (2004, p. 71), afirma que os idosos estão em melhor situação econômica em relação aos mais jovens. Contudo, isso é uma realidade para as classes mais privilegiadas (A e B), que difere dos idosos/as das classes C, D e E, conforme as entrevistas feitas pela autora.

6.2 Análise e discussão das representações sociais dos/as idosos/as acerca do entendimento sobre hábitos alimentares saudáveis e alimentação saudável, nas Tabelas 3 e 4.

A partir da leitura estatística e das análises dos dados das Tabelas 3 e 4 busca-se compreender o entendimento dos/as idosos/as de diferentes classes sociais sobre hábitos alimentares saudáveis, alimentação saudável e se sujeitos possuem ou não uma alimentação saudável. Nessa direção, consideram-se as interpretações, significados, concepções, valores, opiniões e ideias dos sujeitos sociais entrevistados/as, a fim de compreender o que pensam os sujeitos sobre essas questões para compreensão do fenômeno investigado.

TABELA 3 – Representações sociais dos/as idosos/as sobre hábitos alimentares saudáveis e alimentação saudável - Recife, 2019

| REPRESENTAÇÕES SOCIAIS | CLASSES SOCIAIS POR RENDA | | | | | | | | | | TOTAL | |
|---|---------------------------|-------|--------------------|-------|---------------------|--------------|---------------------|--------------|------------|--------------|-----------|---------------|
| | A ALTA | | B MÉDIA ALTA | | C MÉDIA MÉDIA | | D MÉDIA BAIXA | | E BAIXA | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Você sabe o significado de hábitos alimentares saudáveis? | | | | | | | | | | | | |
| Sim, o que significa? | | | | | | | | | | | 16 | 40,00 |
| Seguir um padrão alimentar (manter um padrão, consumir os mesmos alimentos); | - | - | 1 | 25 | 1 | 25 | 1 | 25 | 1 | 25 | 4 | 25,00 |
| São aqueles hábitos criados desde infância (seguindo um padrão cultural); | - | - | 1 | 50 | - | - | - | - | 1 | 50 | 2 | 12,50 |
| Incluir frutas, verduras, hortaliças (evitar gorduras e açúcares); | 2 | 28,57 | - | - | 3 | 42,85 | 1 | 14,28 | 1 | 14,28 | 7 | 43,75 |
| Se alimentar de alimentos naturais, evitar alimentos industrializados; | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 | 100,00 | 3 | 18,75 |
| Não sabe o significado | - | - | - | - | 8 | 33,33 | 5 | 20,83 | 11 | 45,83 | 24 | 60,00 |
| Total | 2 | | 2 | | 12 | | 7 | | 17 | | 40 | 100,00 |
| O que é uma alimentação saudável? | | | | | | | | | | | | |
| Comer alimentos naturais, orgânicos, sem agrotóxicos; | 1 | 14,50 | - | - | 2 | 28,50 | 2 | 28,50 | 2 | 28,50 | 7 | 17,50 |
| Comer bem, alimentos saudáveis; | - | - | - | - | 2 | 20,00 | 3 | 30 | 5 | 50 | 10 | 25,00 |
| Não comer alimentos industrializados; | - | - | 1 | 50,00 | - | - | - | - | 1 | 50,00 | 2 | 5,00 |
| Comer frutas, verduras, carnes, arroz, feijão e comer pouco sal, açúcares e gorduras; | 1 | 6,66 | 1 | 6,66 | 3 | 20,00 | 1 | 6,66 | 9 | 60,00 | 15 | 37,50 |
| Consumir alimentos variados (alimentos diversos); | - | - | - | - | 3 | 75,00 | 1 | 25,00 | - | - | 4 | 10,00 |
| Não respondeu | - | - | - | - | 2 | 100 | - | - | - | - | 2 | 5,00 |
| Total | 2 | | 2 | | 12 | | 7 | | 17 | | 40 | 100,00 |

Fonte: Próprio autor (2019).

No que diz respeito ao significado sobre hábitos alimentares saudáveis, as representações sociais dos/as sujeitos entrevistados/as apresentadas na Tabela 3 evidenciam que 40% (16) dos/as idosos/as afirmam que sabem o que significa hábitos alimentares saudáveis e 60% categoricamente alegam não saber.

Daqueles/as que afirmam saber o que significa hábitos alimentares saudáveis, 25% (4) pertencem a classe B (1), a classe C (1), a classe D (1) e a classe E (1) e justificam o significado como sendo, *“Seguir um padrão alimentar (manter um padrão; consumir os mesmos alimentos)”*. Para os demais, 12,50% (2) idosos/as, 1 da classe B (média alta) e 1 da classe E, o significado de hábitos alimentares saudáveis representa ser *“Alimentação com hábitos criados desde a infância (seguindo um padrão cultural)”*. Em seguida observa-se que 43,75% (7) dos/as idosos/as, compostos por 3 da classe C, 2 da classe A, 1 da classe D e 1 da classe E, afirmam que o significado de hábitos alimentares saudáveis é: *“Incluir frutas, verduras, hortaliças (evitar gorduras e açúcares)”*. A última resposta apresentada por 18,75% dos/as idosos/as, todos da classe E, concebem que o significado sobre hábitos alimentares saudáveis é, *“Se alimentar de alimentos naturais, evitar alimentos industrializados”*.

A análise das representações sociais dos sujeitos sobre hábitos alimentares permitir compreender que esse termo tem múltiplas visões, porém, tem como orientação primária *“seguir um padrão alimentar (manter um padrão; consumir os mesmos alimentos; seguir um padrão cultural)”*. Verifica-se que, embora a pergunta se refira a hábitos alimentares saudáveis, uma parcela significativa da amostra, mais de 37% se menciona apenas a hábitos alimentares e de forma elementar, com conhecimento superficial sobre o assunto.

Segundo Pitas (2010); Freitas e Minayo (2011); Klotz-Silva, Prado e Seixas (2017), entre outros, o termo hábitos alimentares é entendido como sendo *“práticas de consumo frequentes de alimentos adotadas pelas pessoas, conforme a cultura, poder econômico e valores de determinado povo, a partir de tais aquisição, do fornecimento e do compartilhamento dos alimentos entre os povos, mais as pressões sociais e culturais que lhe são submetidas”*. Para Klotz-Silva (2017, p. 1065) no campo da alimentação e da nutrição, hábito alimentar corresponde, predominantemente, ao que se come com regularidade, contudo, existem outros conceitos que relacionam outros sentidos e significados que o tornam mais complexo no contexto cultural, social ou psíquico.

Como base nesses conceitos percebe-se que compreender hábitos alimentares envolve muito além do que se come com regularidade e compreender sobre hábitos alimentares saudáveis se exige outros conhecimentos. Falar sobre hábitos alimentares saudáveis implica ter conhecimento sobre – alimentação;

nutrição; nutrientes; grupos de alimentos; dieta equilibrada; preparo, aproveitamento e cocção de alimentos - entre outros aspectos, vistos de forma inter-relacionados. Envolve desde a combinação de nutrientes de um alimento ou de uma refeição, considerando as diferentes formas de preparo até a dimensão cultural e social de uma dieta.

Aqueles/as entrevistados/as que percebem hábitos alimentares saudáveis diferentes de padrão alimentar – como *Incluir frutas, verduras, hortaliças na alimentação* – dão a ideia de que hábitos alimentares saudáveis se constituem apenas em comer apenas salada e frutas para evitar a ingestão excessiva de calorias ou evitar comer açúcares e gorduras. Embora o consumo de verduras e legumes seja essencial para se considerar uma alimentação saudável, esse conceito também não engloba todas as características que o constituem, refletindo dessa forma, a falta de conhecimento mais amplo dos sujeitos sobre esse assunto, incluindo os conhecimentos relacionados às práticas apreendidas, os costumes, a cultura compartilhada pelo grupo social.

Para Barbosa (2004, p. 92) falar sobre hábitos alimentares implica ter conhecimento sobre comida e sobre as atitudes em relação a ela e não apenas a classe de alimentos consumidos por uma população. Mas, especificamente, trata de expor sobre o que se come. E comida significa o que, o como, o quando, o com quem, o onde e de que maneira os alimentos selecionados por um determinado grupo humano são ingeridos, inclusive seus valores e costumes. Corroborando esse pensamento Mota (2010) enfatiza que esse tipo de visão traz no seu entendimento “um ideal de alimentação único que independe do conjunto de representações, conhecimentos e práticas aprendidas e compartilhadas pelos indivíduos de um grupo social. Um ideal que ignora o sujeito, seu desejo, sua história de vida, seus prazeres cotidianos, afetos, compulsões e fobias, reduzindo-o a um ser que ingere calorias e nutrientes e que esquece que a comida é também símbolo de pertencimento familiar, cultural, social e existencial”.

Para além do entendimento de hábitos alimentares saudáveis numa perspectiva nutricional - como comer frutas e hortaliças - 12,50% (2) dos/as entrevistados/as percebem como “são aqueles hábitos criados desde infância (seguindo um padrão cultural)” e 18,75 “são os alimentos que a gente come todos os dias (depende da cultura, dos costumes que a gente tem).” Conforme demonstra os relatos abaixo:

É a maneira como nos alimentamos diariamente. É a forma que aprendemos a comer os alimentos desde a infância, seguindo a cultura local, um padrão cultural (Idosa – Classe B);

“hábitos alimentares é o que fazemos diariamente do mesmo modo, como por exemplo, tomar café da manhã e o chá da tarde. Comer determinados alimentos todos os dias (Idoso – Classe E);

[...] hábitos alimentares depende do que a gente come quando é criança, dos costumes da gente, da culinária da cidade, aí a gente vai aprendendo a comer só alimentos saudáveis, depende desse hábito que a gente tem (Idoso – Classe E).

A análise das visões representadas através desses depoimentos reflete uma concepção de hábitos alimentares saudáveis que traz no seu entendimento aspectos do contexto cultural, ressaltando os valores, os costumes da sociedade que pertence. Apesar de nas últimas décadas o comportamento alimentar dos/as idosos/as sofrer influências significativas dos alimentos industrializados, verifica-se que eles/as entendem hábitos alimentares saudáveis estabelecendo relação com a culinária e/ou gastronomia local, com os costumes, contexto cultural. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p. 34) se refere a hábitos alimentares saudáveis como sendo “os usos, hábitos e costumes que definem padrões de consumo alimentar de acordo com os conhecimentos científicos e técnicas de uma boa alimentação.

Uma perspectiva sobre hábitos alimentares saudáveis integra, dessa forma, considerar aspecto do campo alimentar e nutricional, mas, também, da área social e cultural, uma concepção integrada e não fragmentado do conhecimento. Pensar hábitos alimentares saudáveis, sem considerar o contexto cultural, social ou psíquico, segundo Klotz-Silva et al. (2017, p. 1069) do campo científico da Alimentação e da Nutrição desacompanha esses questionamentos mais substantivos sobre seus sentidos analíticos e, com frequência, desprovida dessas categorias. O autor reforça ainda que, no espaço das ciências naturais, a ideia de hábito alimentar predomina de forma naturalizada, correspondendo apenas ao que as pessoas comem amiúde, como um padrão que se repete e para o que não há conceituação ou problematização de ordem epistemológica mais ampla.

Corroborando esse pensamento, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p. 27) no documento Glossário de Alimentação e Nutrição considera “hábitos saudáveis”

como o conjunto de atos e atitudes que visam à manutenção da saúde e da qualidade de vida e que integra os seguintes aspectos: a) alimentação adequada e balanceada; b) prática regular de atividade física; c) convivência social estimulante; d) busca, em qualquer fase da vida, de atividades ocupacionais prazerosas e de mecanismos de atenuação do estresse. Esse mesmo documento traz o significado de hábitos alimentares saudáveis considerando as “práticas alimentares saudáveis” sendo “os usos, hábitos e costumes que definem padrões de consumo alimentar de acordo com os conhecimentos científicos e técnicas de uma boa alimentação (BRASIL, 2013, p. 34).

Verifica-se que 60% (24) alegam não saber responder o que significa hábitos alimentares saudáveis, entre os sujeitos, a maioria das classes menos favorecidas - 8 (33,33%) da classe C, 5 (20,83%) da classe D e 11 (45,83%) da classe E. Apenas uma idosa justificou sua resposta:

Não sei o que é hábitos alimentares saudáveis, já ouvi muito falar sobre isso, mas, não sei o que é, gostaria de saber sobre isso. Se tivesse um curso eu fazia” (Idosa – Classe E).

A análise desses dados reflete não apenas o baixo nível de escolaridade dos/as idosos/as que compõem essa amostra, mas também a condição socioeconômica. Conforme já se mostrou, o nível de escolaridade dos/as idosos/as que afirmaram não saber responder sobre o significado de hábitos Alimentares saudáveis, a maioria pertence às classes, D e E e possui apenas as primeiras séries do Ensino Fundamental, enquanto que a maioria dos/as idosos/as das classes A e B possui maior nível de escolaridade e deu respostas de certa forma mais coerentes com o conceito de hábitos alimentares saudável - “Incluir frutas, verduras e hortaliças na alimentação (evitar gorduras açúcares e alimentos industrializados).

Estudos realizados por Velásquez-Meléndez, Pimenta e Kac (2004); Heitor, Rodrigues e Tavares (2013); Santos (2017), entre outros, evidenciam essas condições a partir da não valorização da escola a época em que a maioria dos/as idoso/as de hoje, sobretudo, aqueles/as com mais de 70 anos, encontravam-se na infância, na adolescência ou na juventude. Para esses/as autores/as, à época, os homens eram criados para o trabalho fora de casa e as mulheres para o trabalho doméstico, comprometendo a aquisição de um grau mais elevado de escolaridade, por conseguinte, a aquisição de conhecimentos, inclusive o entendimento mais aprofundado sobre alimentação, nutrição e outros como alimentação saudável.

Para Rodrigues et al. (2012, p. 37), a falta de informação adequada sobre hábitos alimentares saudáveis e educação alimentar pode agravar o estado de saúde de determinadas populações. Nessa direção, o acesso a Educação Alimentar e Nutricional tendo em vista o entendimento sobre hábitos alimentares saudáveis, torna-se fundamental para promoção da saúde da população idosa. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018, p. 13) a promoção de uma alimentação adequada e saudável é um direito básico e envolve além da garantia ao acesso permanente e regular ao alimento, práticas alimentares adequadas considerando os aspectos biológicos, sociais e culturais, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer.

No que se refere as representações sociais sobre a alimentação saudável, verifica-se que os significados variam, sobretudo, conforme a classe social. Conforme mostram os seguintes depoimentos:

[...] eu entendo que é comer alimentos naturais, saudáveis, sem agrotóxicos (idoso da classe B);

[...] é comer alimento saudáveis. Mas, o que é alimentos saudáveis, perguntou a pesquisadora, é alimentos bom para a saúde (idoso da classe E);

[...] é não comer alimentos industrializados que tem muito sal, é ruim para saúde, para pressão (idoso da classe D);

[...] é isso mesmo, comer alimentos saudável, bom para saúde (Idoso da classe E);

É comer frutas, verduras, carnes, arroz, feijão, comer pouco sal, açúcar, gordura, evitar alimentos industrializados (idosos/as das classe A e da B).

Constata-se nesses depoimentos que a maioria dos/as idosos/as entende que ter uma boa alimentação é sinônimo de vida saudável, contudo, constate-se que as informações prestadas por eles/as, por si só, não são capazes de mostrar a amplitude do conceito de alimentação saudável.

Considerando que ter o conhecimento sobre uma alimentação saudável, em seus vários aspectos, pode contribuir para a adoção de uma alimentação saudável antes e no processo de envelhecimento e, por conseguinte, prevenir o surgimento

de doenças crônicas e melhorar a qualidade de vida, a ausência desse conhecimento de forma mais ampla pode comprometer a prática de uma alimentação efetivamente saudável. A própria Política Nacional de Alimentação e Nutrição incentiva a população a desenvolver bons hábitos alimentares e a importância de se trabalhar na perspectiva de se conscientizar sobre os riscos das doenças causadas pela ingestão de alguns tipos de alimentos – ricos em gorduras, como carnes vermelhas, frituras, molhos com maionese, leite integral e derivados, bacon, presuntos, salsichas, linguiças, mortadelas, entre outros - associados ao desenvolvimento de doenças, como câncer, problemas cardíacos, obesidade e outras enfermidades crônicas, como o diabetes.

A percepção dos/as idosos/as sobre alimentação saudável ainda é averiguada na segunda pergunta da Tabela 3: O que é uma alimentação saudável? Apenas 5% (2) idosos/as, da classe C, não responderam a pergunta. Dentre o padrão de respostas obtidos nas entrevistas, foram identificadas cinco que se repetiam entre si. Das 40 pessoas entrevistadas, 37 (94,87%) responderam a questão – 17,50% (7) afirmam que “Comer alimentos naturais, orgânicos, sem agrotóxicos”, está relacionado com uma alimentação saudável, dos quais 1 são classe A, 2 da classe C, 2 da classe D e 2 da classe E.

Dez idosos/as (25%) responderam: “Comer bem, alimentos saudáveis”. Todos desse perfil de resposta, 2 são da classe C (20%), 3 da classe D (30%) e 5 da classe E (50%). Para 2 idosos/as, sendo 1 da classe B e o outro da classe E, alimentação saudável está relacionado a “não comer alimentos industrializados”.

Para maioria dos/as idosos/as (15) (37,50%), alimentação saudável é “Comer frutas, verduras, carnes, arroz, feijão e comer pouco sal, açúcares e gorduras”, dos 14 que responderam com esse padrão 1 é da classe A, 1 da classe B, 3 da classe C, 1 da classe D e 9 da classe E.

“Consumir alimentos variados (alimentos diversos)”, foi à resposta de 10% (4) dos entrevistados, sendo 75% (3) composto por idosos/as da classe C e 25% (1) da classe D.

Primeiramente entender o conceito de alimentação saudável se torna necessário para construção da análise dos discursos dos/as idosos/as da pesquisa. Sendo assim, segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p. 15), a alimentação saudável é um padrão alimentar adequado às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos e de acordo com as fases do curso da vida. Devendo ser acessível (física

e financeiramente), saborosa, variada, colorida, harmônica e segura quanto aos aspectos sanitários. Esse conceito considera as práticas alimentares culturalmente referenciadas e valoriza o consumo de alimentos saudáveis regionais (como legumes, verduras e frutas), sempre levando em consideração os aspectos comportamentais e afetivos relacionados às práticas alimentares.

De acordo com Oliveira e Thébaud-Mony (1997, p. 202), a alimentação pode ser analisada sob várias perspectivas, ao mesmo tempo independente e complementar: a perspectiva econômica (relação entre a oferta e a demanda, o abastecimento, os preços dos alimentos e a renda dos indivíduos e grupos familiares); a perspectiva nutricional (constituição dos alimentos e sua relação com saúde e ao bem-estar do indivíduo do ponto de vista quantitativo e qualitativo), a perspectiva social (voltada para as associações entre a alimentação e a organização social do trabalho, a diferenciação social do consumo, os ritmos e estilos de vida) e a perspectiva cultural (analisa os gostos, hábitos, tradições culinárias, representações, práticas, preferências, repulsões, ritos e tabus).

Nesse sentido, entender que o enfoque de analisar os sujeitos da pesquisa por classe social, revela as percepções que possuem sobre alimentação saudável, baseada em suas experiências, renda, cultura, escolaridade, mídia e até em como as ciências naturais, a exemplo da medicina e nutrição repassa e ainda em como os/as idosos/as absorvem e interpretam o significado de alimentação saudável.

Partindo dessa perspectiva (KRAEMER et al., 2014, p. 1349), a ciência da Nutrição, possui o enfoque baseada em uma racionalidade em que a cura seria o restabelecimento do estado normal, atribui à alimentação saudável um conceito normativo, um valor idealizado. Por conseguinte, trata-se de uma alimentação de caráter dietoterápico, baseada em necessidades individuais, que prescreve a moderação e o controle na ingestão de alimentos energéticos, ricos em sódio, gorduras saturadas e trans e incentiva o consumo de alimentos fontes de fibras, vitaminas e minerais, como as frutas, legumes e verduras.

Kraemer et al. (2014, p. 1349) afirmam que os profissionais de saúde e a mídia utilizam essas recomendações para estabelecer um padrão de alimentação saudável idealizado para um indivíduo idealizado, materializado em um padrão legitimado socialmente. A ciência e a tecnologia desenvolvem uma alimentação saudável baseada em preceitos laboratoriais e recomendações nutricionais, fazendo com que o alimento possua o poder de um medicamento. Ainda, as grandes

indústrias de alimentos se beneficiam desse processo ao se apropriarem dos conhecimentos da ciência, transformando-os em produtos consumíveis e vendáveis de acordo com seus interesses, através de uma indústria cultural de massa. A produção de alimentos em grande escala se beneficia da transformação do alimento em remédio, fazendo bons negócios com a produção de alimentos enriquecidos, diet, light, dentre outros, gerando uma demanda e um aumento do mercado consumidor através da criação de produtos idealizados como saudáveis.

Nesse sentido, todas as respostas obtidas pelos/as idosos/as apresentam uma noção com base na mídia, influenciada pela indústria e pelas ciências da medicina e nutrição. Todavia, esse conhecimento é fragmentado, sendo demonstrando pelas respostas fragmentadas e a falta de conhecimento acerca do ser saudável e da alimentação saudável em sua totalidade e complexidade.

TABELA 4 - Representações sociais dos/as idosos/as em relação a considerar sua alimentação como saudável – Recife, 2019.

| REPRESENTAÇÕES SOCIAIS | CLASSES SOCIAIS POR RENDA | | | | | | | | | | TOTAL | |
|---|---------------------------|-------|--------------------|-------|---------------------|-------|---------------------|------------|------------|--------|-----------|---------------|
| | A ALTA | | B MÉDIA ALTA | | C MÉDIA MÉDIA | | D MÉDIA BAIXA | | E BAIXA | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Você considera sua alimentação saudável? | | | | | | | | | | | | |
| Sim, por quê? | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 27 | 67,50 |
| Consumo alimentos saudáveis, frutas, verduras (evito comer alimentos industrializados); | 1 | 9,09 | 2 | 18,18 | 2 | 18,18 | 2 | 18,18 | 4 | 36,36 | 11 | 40,74 |
| Consumo alimentos variados (como de tudo); | - | - | - | - | 7 | 77,77 | 1 | 11,11 | 1 | 11,11 | 9 | 33,33 |
| Priorizo uma alimentação saudável e rica em nutrientes; | - | - | - | - | 3 | 42,85 | 1 | 14,28 | 3 | 42,85 | 7 | 25,92 |
| Não, por quê? | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 11 | 27,50 |
| Por uma questão financeira (não tenho dinheiro); | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 100,00 | 1 | 9,09 |
| Não tenho uma alimentação balanceada (como de tudo, as vezes consumo doces, gorduras, frituras); | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 | 100,00 | 3 | 27,27 |
| Consome alimentos prejudiciais à saúde como: álcool, frituras, doces e alimentos industrializados (ricos em gorduras, açúcares, aditivos químicos). | 1 | 14,28 | - | - | - | - | 1 | 14,28 | 5 | 71,42 | 7 | 63,63 |
| Não respondeu | - | - | - | - | - | - | 2 | 100 | - | - | 2 | 5,00 |
| Total | 2 | | 2 | | 12 | | 7 | | 17 | | 40 | 100,00 |

Fonte: Próprio autor (2019).

A Tabela 4 apresenta as representações sociais dos/as idosos/as quando interrogados/as se consideram sua alimentação como sendo saudável. Para 67,50% (27) da amostra a sua alimentação é saudável, já para um percentual de 27,50% (11) afirmam não ser saudável. Apenas 5% (2) dos idosos/as, da classe D, não responderam à pergunta.

Dos/as idosos/as que consideram sua alimentação saudável, 11 (40,74%) pertencentes às diferentes classes sociais, afirmam que possuem uma alimentação

saudável porque consomem alimentos saudáveis, em particular, frutas e verduras e evitam comer alimentos industrializados. Esses dados corroboram os dados da Tabela 3 onde 37,50% (15) dos sujeitos incluem as frutas e verduras ao conceituar sua alimentação como saudável.

Nove idosos/as (33,33%), 7 da classe C, 1 da classe D e 1 da classe E, atribuem a alimentação saudável ao consumo de alimentos variados, baseados nesse entendimento afirmam “comem de tudo um pouco” e asseguram que seguem uma alimentação saudável por conta disso.

Segundo Jaime et al. (2009, p. 60), o maior consumo de frutas e hortaliças, por idosos/as, pode ser interpretado como reflexo de diferenças na formação do hábito alimentar entre gerações. Indivíduos mais velhos formaram seus hábitos alimentares em um período no País em que era menos marcante o consumo de alimentos processados e de alto teor de gorduras, de açúcar e de sal e pela escassez de carboidratos complexos, fibras e micronutrientes. O maior consumo de frutas e hortaliças nas idades mais avançadas pode também estar relacionado aos cuidados com a saúde e por seguir orientações recebidas nos serviços de saúde, devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis com o aumento da idade.

Essa análise confirma os depoimentos dos/as idosos/as quando na oportunidade da entrevista, o pesquisador, autor desse estudo, indagou sobre os hábitos alimentares dos sujeitos da pesquisa na infância. Um percentual significativo, considerando todas as classes, relatou que possuíam uma alimentação saudável na infância e na juventude, conforme depoimentos abaixo:

“Em minha infância, a alimentação era bem mais saudável porque tudo era feito na casa da minha mãe, nada industrializado como é hoje. Durante a vida adulta há um consumo maior de produtos industrializados devido à vida corrida e fora de casa. Atualmente minha alimentação é realizada de forma consciente, buscando produtos alimentícios que tragam benefícios à saúde, alimentos funcionais” (Idosa – Classe B);

“Durante minha infância tomava muito leite e comia muitas frutas. Na minha juventude adulta e hoje em dia, como legumes e frutos, feijão, arroz, leite e queijos” (Idosa – Classe C);

“Na minha infância tomava leite de cabra, comia feijão, frutas, inhame. Quando mais jovem e atualmente como feijão, leite de caixinha, arroz, frutas” (Idosa – Classe D);

“Na infância e adolescência não lembro bem, mas antes as coisas tinham menos conservantes e era natural. Atualmente como batata doce, macaxeira, feijão, arroz... essas coisas” (Idoso – Classe E).

Esses depoimentos refletem o cotidiano alimentar de uma pequena parcela dos/as idosos/as, cujo consumo de alimentos na infância resultou na formação de hábitos alimentares saudáveis.

Segundo Ministério da Saúde (Brasil, 2015, sem paginação) de maneira geral, os bons hábitos alimentares vão funcionar como fator protetor se forem adotados ao longo da vida. Nesse aspecto devem ser valorizados e incentivados antigos hábitos alimentares do brasileiro, como o consumo de arroz com feijão, macaxeira, inhame, entre outros alimentos saudáveis, hábitos que devem ser estimulados, não apenas na infância, mas, na juventude, na adultez e na velhice, através da cultura, programas de televisão, cartilhas de postos de saúde e orientações profissionais.

Os 7 (25,92%) idosos/as restantes, 3 da classe C, 1 da classe D e 3 da classe E, responderam possuir uma alimentação saudável, a justificativa ficou por conta da alimentação saudável porque é “rica em nutrientes”. Quando indagados/as sobre o que são nutrientes, os sujeitos não souberam responder. A compreensão superficial dos/as idosos/as acerca de nutrientes e de alimentação variada pode-se justificar a partir do conhecimento fragmentado que possuem sobre, nutrição, alimentação saudável, entre outros elementos associados à alimentação, como se tem constatado nesse estudo. Isso pode ser justificado em função do baixo nível de escolaridade dos sujeitos entrevistados/as, conforme visto anteriormente e, reforça-se, sobretudo nas representações dos/as idosos/as das classes C, D e E.

Pode se afirmar que de uma forma geral os idosos/as das diferentes classes sociais possuem um conhecimento limitado e fragmentado sobre alimentação saudável, e isso é, cada idoso/a se reporta o que é alimentação saudável, referindo-se apenas um ou dois aspectos desse conceito, não conseguindo perceber o conceito na sua totalidade, integrando todos os aspectos que expressa esse conceito. O entendimento que possuem sobre nutriente e alimentação variada reflete muito bem esse entendimento.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p. 31) o primeiro termo, nutriente, significa “componente químico necessário ao metabolismo humano que proporciona energia ou contribui para o crescimento, o desenvolvimento e a manutenção da saúde e da vida, normalmente, recebidos pelo organismo por meio da ingestão dos alimentos”. Quanto ao entendimento sobre a alimentação variada, esse mesmo ministério conceitua como sendo, uma alimentação com as recomendações diárias, integrando os vários grupos alimentos (cereais, legumes, raízes, frutas, verduras, carnes, laticínios, gorduras e doces) e conseqüentemente ricas em nutrientes. Inclusive vale ressaltar que um conceito engloba o outro numa perspectiva de entendimento pleno e não fragmentado desses conceitos.

Menezes et al. (2010, p. 272) em estudo que analisa a percepção de idosos/as sobre alimentação saudável, evidencia que muitos idosos/as entram em contato com informações sobre alimentação saudável a partir de orientações ministradas por profissionais da área da saúde, que não se preocupam em especificar e explicar nas suas orientações os conceitos sobre alimentação saudável, nutrição, entre outros, inclusive em relação ao que significa uma alimentação saudável ou praticas alimentares não saudáveis. Para esses autores, referindo-se aos sujeitos de sua pesquisa, geralmente, o conceito de alimentação saudável corresponde ao modelo nutricional idealizado por eles, tal como encontrado na pesquisa que deu origem a esse estudo, cujo significado corresponde a consumir alimentos bons e maus, ricos ou pobres, gordos ou magros, simples ou variados, sem especificação dos conceitos, distanciado da visão ampliada da saúde, da alimentação e da nutrição.

Considerando que ter o conhecimento sobre uma alimentação saudável, em seus vários aspectos, pode contribuir para a adoção de uma alimentação saudável antes e no processo de envelhecimento e, por conseguinte, prevenir o surgimento de doenças crônicas e melhorar a qualidade de vida, uma vez que a ausência desse conhecimento de forma mais ampla, sistematizado, pode comprometer a prática de uma alimentação efetivamente saudável. A própria Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) incentiva a população a desenvolver bons hábitos alimentares e conscientizar sobre os riscos das doenças causadas pela ingestão de alguns tipos de alimentos – ricos em gorduras, como carnes vermelhas, frituras, molhos com maionese, leite integral e derivados, bacon, presuntos, salsichas, linguiças, mortadelas, entre outros - associados ao desenvolvimento de doenças, como

câncer, problemas cardíacos, obesidade e outras enfermidades crônicas, como o diabetes.

Para os idoso/as que afirmam não ter uma alimentação saudável (27,50% - 11 indivíduos), 7 idosos/as, sendo 5 da classe E, 1 da classe D e 1 da classe A, todos do sexo masculino, afirmam que não possuem uma alimentação saudável, pois consomem “*alimentos industrializados (ricos em gorduras e açúcares), doces, frituras e álcool*” conforme depoimentos:

“Não costumo comer sempre frutas e verduras e algumas vezes como pão”
– (Idoso – Classe E);

“Não, eu como muita gordura, bebo refrigerante, como nas horas erradas, não é saudável” – (Idoso – Classe E);

“Como na rua, não tenho tempo de ir em casa por conta do meu trabalho e sempre estou comendo lanches fast food e alimentos industrializados” – (Idoso – Classe A).

Essas representações sociais podem ser compreendidas quando se considera as mudanças socioeconômicas e culturais que tem ocorrido no Brasil e no mundo que vai refletir diretamente no comportamento alimentar da população, incluindo o segmento idoso. A participação da mulher no mercado de trabalho e, por conseguinte, sua ausência na unidade doméstica, como já foi explicado em outras seções desse estudo, contribuiu significativamente para o consumo de alimentos industrializados ricos em gorduras, açúcares sódio, entre outros. Constata-se assim, uma nova tendência de gastos com alimentação, com o aumento do consumo de alimentos prontos e a substituição do consumo de alimentos tradicionais e que demandam maior tempo de preparo por alimentos mais práticos, de fácil e rápido preparo, fatores que se interpõem a prática de uma alimentação saudável.

Corroborando essas informações, um estudo feito por Gomes et al. (2016, p. 3422) identifica que vários fatores levam aos idosos/as consumir uma dieta de baixa qualidade, rica em alimentos gordurosos, com açúcares, sódio em excesso e outros aditivos químicos. Os autores observam que idosos do sexo masculino, mais jovens, que possuem baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo são os que mais

consomem esse tipo de alimento, assim como se constatou nessa pesquisa cujo percentual de 45,45% (5) são idosos do sexo masculino da classe E.

Segundo Gomes et al. (2016, p. 3422) a mulher, diferente do homem, possui historicamente um papel social de cuidadora, o que leva a ter maior cuidado na seleção de alimentos mais saudáveis, além de ser mais preocupada com a saúde e a imagem corporal. Essa afirmativa é apreciada quando mais da metade dos/as entrevistados/as que responderam ter possuir alimentação saudável são do sexo feminino, enquanto mais da metade dos que não possuem uma alimentação saudável são do sexo masculino, sobretudo da classe E.

Um idoso, da classe E, diz que a condição financeira é o fator que mais contribui para uma alimentação não saudável. Mesmo sendo 1 idoso da classe E que faz esse depoimento na Tabela 4, quando perguntando sobre os fatores que se interpõem a uma alimentação saudável (Tabela 8), 6 idosos/as da classe E afirmam que a condição financeira é um dos fatores que mais se interpõem a prática de uma alimentação saudável.

Segundo o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), no Brasil, a má distribuição da renda e a pobreza fazem com que haja a convivência de diversos padrões de consumo que, no caso específico do consumo alimentar, podem se materializar em grandes contingentes de pessoas com fome (a carência), num extremo, e de obesos (o excesso), no outro (BRASIL, 2007, p. 215).

Por fim, 27,27% (3), todos/as idosos/as da classe E, afirmam não ter uma alimentação saudável porque não seguem uma alimentação balanceada rotineira, isto é, uma vez ou outra, consomem frituras, gorduras, doces e alimentos industrializados. Na oportunidade da entrevista, o pesquisador solicitou aos idosos/as explicar o que eles entendiam por alimentação balanceada e afirmaram que não sabiam explicar o que é alimentação balanceada. De acordo com Recini e Radaelli (2002, p. 16) a alimentação balanceada é o mesmo que uma dieta equilibrada ou uma alimentação saudável, e deve seguir três princípios: variedade (comer alimentos de todos os grupos alimentares em quantidade e qualidade); moderação (comer a quantidade de alimentos que o organismo precisa); e equilíbrio (respeitar as quantidades de porções recomendadas de cada grupo alimentar, quantidade e qualidade).

6.3 Análise das representações sociais dos/as idosos/as participantes da pesquisa sobre a relação entre o processo de envelhecimento e alimentação saudável, nas Tabelas 5 e 6.

A população idosa no Brasil cresce nas últimas décadas de forma acelerada, segundo o IBGE (2017), de 2012 a 2016, cresceu 16% atualmente se encontra na casa dos 29,6 milhões, com estimativas de triplicar nos últimos 20 anos. Envelhecer com saúde passa a ser o grande desafio considerando que as mudanças ocasionadas pela idade podem refletir na saúde dos/as idosos/as de forma geral. Nesse processo, a alimentação se constitui fator importante a ser considerado tendo em vista prevenir os riscos e danos à saúde. Estar atento aos princípios de uma alimentação saudável no processo de envelhecimento, portanto, torna-se fundamental. Nessa perspectiva, a Tabela 5 tem como objetivo compreender as representações sociais dos sujeitos da pesquisa sobre envelhecimento e a Tabela 6 tem como objetivo compreender o entendimento que os/as idosos/as, sujeito da pesquisa, têm sobre a relação envelhecimento e alimentação saudável.

TABELA 5 – Representações sociais dos/as idosos/as sobre envelhecimento - Recife, 2019.

| REPRESENTAÇÕES SOCIAIS | CLASSES SOCIAIS POR RENDA | | | | | | | | | | TOTAL | |
|---|---------------------------|-------|--------------------|-------|---------------------|-------|---------------------|-------|------------|-------|-----------|------------|
| | A ALTA | | B MÉDIA ALTA | | C MÉDIA MÉDIA | | D MÉDIA BAIXA | | E BAIXA | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| O que é envelhecimento para você? | | | | | | | | | | | | |
| Processo natural da vida (próprio do indivíduo; ciclo da vida); | 2 | 40,00 | 2 | 40,00 | 1 | 20,00 | - | - | - | - | 5 | 12,50 |
| Processo de amadurecimento físico e mental do indivíduo (amadurecendo do ser humano); | - | - | - | - | 2 | 22,22 | 3 | 33,33 | 4 | 44,44 | 9 | 22,50 |
| Processo que as pessoas passam a depender de outros, ficam doentes (limitação, dependência física; não faz mais o que fazia quando mais jovem); | - | - | - | - | 5 | 38,36 | 1 | 7,69 | 7 | 53,84 | 13 | 32,50 |
| Ser velho (ter mais idade; ficar velho; ficar cansado); | - | - | - | - | 3 | 42,85 | 1 | 14,28 | 3 | 42,85 | 7 | 17,50 |
| Não soube responder. | - | - | - | - | 1 | 16,66 | 2 | 33,33 | 3 | 50,00 | 6 | 15,00 |
| Total | 2 | | 2 | | 12 | | 7 | | 17 | | 40 | 100 |

Fonte: Próprio autor (2019).

As representações sociais dos/as idosos/as evidenciadas na Tabela 5 demonstram que a maioria dos sujeitos (62,50%), das diferentes classes sociais, percebe o envelhecimento como um processo orgânico natural do ciclo da vida, ou como um processo próprio da idade, ou ainda ser velho ou ter mais idade e ficar doente. Sem desconsiderar que uma parcela significativa das classes C, D, E, afirmou não saber o que significa o termo (15%).

Essa compreensão revela um entendimento sobre esse fenômeno baseado nas teorias biológicas do envelhecimento, centrada na importância dos fatores genéticos e nos mecanismos biológicos específicos subjacentes aos desequilíbrios que causam a perda de funcionalidade progressiva com a idade, o consequente aumento da susceptibilidade e incidência de doenças, aumentando a probabilidade de morte pelo envelhecimento. Com base nessa perspectiva, as modificações naturais do processo de envelhecimento são compreendidas pela maioria dos/as idosos/as como doença, dependência, inabilidade, reproduzindo os estereótipos sobre a velhice, muitas vezes baseados nas próprias vivências.

Percepção que pode ser atribuída a grande visibilidade dada as teorias biológicas do envelhecimento, sobretudo, a teoria do Desgaste de 1882 do biólogo alemão August Weismann, destacada no final do século XIX, que comparou o corpo humano a uma máquina, que sofreria desgaste com o tempo de uso, algo que foi comprovado pela ciência, no ponto de vista biológico, e que bastante difundido nas ciências naturais (BEAUVOIR, 1970, p. 23). Para Veras et al. (2015, p. 114) quando mudanças que acontecem naturalmente no processo de envelhecimento são compreendidas e/ou confundidas com enfermidades e dependências, reforça o estereótipo de que velhice e ser velho é sinônimo de doenças e incapacidades.

No entanto, apesar de 62,50% do/as idosos/as compreenderem o envelhecimento baseado apenas nos aspectos biológicos, 22,50% entende ser “um processo de amadurecimento físico e mental; de amadurecendo do ser humano”. Essa percepção reflete uma visão fundamentada das teorias psicológicas e sociais do envelhecimento humano, que consideram os/as idosos/as sujeitos ativos, em constante mudança. Segundo Santos (2017) e Nobrega (2019) as teorias psicológicas e sociais do envelhecimento desconsideram as mudanças que ocorrem nas diversas etapas da vida como causa única da idade cronológica, como única variável que causa o envelhecimento e consideram outros aspectos de caráter psíquico, sociais e cultural e não apenas o fator biológico. Para esses teóricos, as

peças idosas são organismos ativos em constante mudança, cuja idade cronológica é apenas um indicador dessas mudanças e não a causa principal.

TABELA 6 – Representações sociais dos/as idosos/as sobre o entendimento que possuem acerca da relação entre envelhecimento e alimentação saudável - Recife, 2019.

| REPRESENTAÇÕES SOCIAIS | CLASSES SOCIAIS POR RENDA | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|------------|------------|------------|------------|--------------|------------|--------------|-----------|-------|-----------|---------------|
| | A | | B | | C | | D | | E | | TOTAL | |
| | ALTA | MÉDIA ALTA | MÉDIA ALTA | MÉDIA ALTA | MÉDIA ALTA | MÉDIA ALTA | MÉDIA ALTA | MÉDIA ALTA | BAIXA | BAIXA | N | % |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Sua idade interfere em sua alimentação? | | | | | | | | | | | | |
| Sim, por quê? | | | | | | | | | | | 19 | 47,50 |
| Devido aos problemas de saúde é preciso ter cuidado com a alimentação (pressão alta, diabetes, doenças cardíacas e doenças adquiridas); | 2 | 20,00 | 2 | 20,00 | 4 | 40,00 | 1 | 10,00 | 2 | 20,00 | 11 | 57,89 |
| Com a idade a alimentação muda (não posso comer o que comia quando jovem; a gente adoce mais, tem que cuidar da alimentação); | - | - | - | - | 2 | 33,33 | 2 | 33,33 | 2 | 33,33 | 6 | 31,57 |
| Nessa idade é preciso ter uma alimentação mais saudável (não comer alimentos gordurosos, com açúcar, entre outros). | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 66,66 | 2 | 10,528 |
| Total | | | | | | | | | | | 18 | 45,00 |
| Não, por quê? | | | | | | | | | | | | |
| Como o que eu gosto (como o que eu quero; como tudo que comia antes de ser idoso); | - | - | - | - | 3 | 30,00 | 1 | 10,00 | 6 | 60,00 | 10 | 55,55 |
| Não tenho problemas de saúde (tenho saúde, a idade não afeta a alimentação). | - | - | - | - | 2 | 25,00 | 1 | 12,50 | 4 | 50,00 | 7 | 38,50 |
| Não respondeu | - | - | - | - | 1 | 33,33 | 2 | 66,66 | - | - | 3 | 7,50 |
| Total | 2 | | 2 | | 12 | | 7 | | 17 | | 40 | 100,00 |

Fonte: Próprio Autor (2019).

A Tabela 6 descreve as respostas dos/as idosos/as quando interrogados/as sobre o entendimento que possuem acerca da relação entre envelhecimento e alimentação saudável, mais, especificamente indagou-se se a idade interfere na alimentação dos/as respondentes. Percebe-se que 47,50% (19) pertencentes às

diferentes classes sociais consideradas, reconhecem que a idade interfere na alimentação, já 45% (18) pertencentes às classes C, D e E, afirmam, categoricamente que não interfere.

Compreende-se que o desenvolvimento humano se dá através de fases – infância, adolescência, adultez e velhice, também conhecida como terceira idade, ou, melhor idade - e que em cada etapa a alimentação tem suas especificidades em termos nutricionais e outros. Nessa perspectiva a idade é um dos fatores determinantes para pensar a alimentação saudável.

Considerando esses pressupostos, é preocupante identificar na Tabela 6 que dos 45% dos/as idosos/as que afirmaram não reconhecer que a idade interfere na alimentação, a maioria (55,55%) justificou suas respostas considerando que *“come o que gosta ou o que quer ou que come tudo que comia antes de ser idoso”*. O que essas representações parecem afirmar é que pelo fato da maioria dos/as idosos/as da pesquisa se encontrar na faixa etária de idosos/as jovens (60-74 anos) conforme se discute na Tabela 1, justifica para eles/as afirmar que a idade não interfere na alimentação e que *“come o que gosta ou o que quer ou que come tudo que comia antes de ser idoso”*.

Contudo, a alimentação pode ter reflexos positivos e negativos em qualquer fase da vida, a idade é, portanto, um fator importante quando se considera alimentação. Para Papalaia, Olds e Feldman (2013, p. 513) o intervalo de 65 e 74 anos de idade, é considerado na Ciências Sociais como intervalo de idoso jovem e aquele a partir dos 75 anos de idade, é caracterizado como o de propensão as doenças, no qual se justificam a rigidez e cuidados com alimentação nutricionalmente planejada e balanceada.

Outro fator que pode justificar essa visão, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 31) são as questões sociais – desigualdades financeiras e educacionais (baixa escolaridade e falta de informação) que levam, geralmente a se ter uma alimentação inadequada.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 31) as Doenças Crônicas Não Transmissíveis - doenças circulatórias (hipertensão arterial, insuficiência cardíaca), endócrinas (diabetes mellitus), respiratórias e o câncer, inclusive – estão associadas a vários fatores, entre eles a idade. Além da idade, as DCNT estão associadas aos fatores genéticos, as questões sociais – desigualdades, financeiras e educacionais (baixa escolaridade e falta de informação) – e aos fatores de riscos ambientais como

o tabagismo, uso abusivo de álcool, falta de exercícios físicos, alimentação inadequada e obesidade.

Considerando que 60% desses/as idosos/as pertencem a classe E e que quase a totalidade não possui as primeiras séries do Ensino Fundamental, esses fatores podem justificar o desconhecimento acerca dessa relação e contribuir para que os/as idosos/as tenham esse entendimento e por conseguinte, não se alimentarem de forma adequada e saudável por entender que a idade não interfere na alimentação.

Nessa mesma direção, outros/as 44,44% dos/as 55,55% também afirmaram que a idade não interfere na sua alimentação, justificam suas respostas expondo que “não tem problemas de saúde ou que tem saúde ou ainda que a idade não afeta alimentação”. Considerando que os hábitos alimentares mudam com a idade, isto é, às necessidades de energia e de nutrientes da fase da adultez não são as mesmas da fase da velhice, afirmar que a idade não interfere na alimentação porque “não tem problemas de saúde ou porque que tem saúde” é desconhecer que no envelhecimento o organismo passa por diversas mudanças e alterações e que uma alimentação adequada nessa fase é importante para manutenção da saúde.

Dados do Ministério da Saúde, realizados pela VIGITEL (BRASIL, 2016, sem paginação), apontam que grande parte dos brasileiros não se preocupa com uma alimentação saudável e ainda consomem no dia a dia alimentos com alto teor de gorduras inadequadas e açúcares simples, sendo este últimos principalmente sob a forma de refrigerantes ou bebidas açucaradas, cinco ou mais dias por semana, alimentos que contribuem para o aumento do sobrepeso e a obesidade.

Alimentar-se de forma saudável é um das condições para manter a saúde e uma vida mais longa e saudável. No envelhecimento, o organismo passa por diversas mudanças - alterações no gasto energético; a quantidade de massa muscular se reduz; a gordura corporal aumenta; encurvamento das vértebras e da coluna, promovendo a redução da estatura e flacidez da pele; perda da capacidade funcional, físicas e mentais, entre outras alterações, entre outras alterações – nesse sentido, alguns cuidados especiais são necessários, sobretudo, em relação à alimentação, que deve ser o mais variada e balanceada possível. Para tanto, o/a idoso/a deve integrar em todas as suas refeições diárias a maior quantidade possível de alimentos naturais, considerados saudáveis e ricos em nutrientes adequados a dieta de uma idoso - verduras, legumes, frutas, carnes, ovos, leite e

seus derivados são fundamentais para suprir as necessidades nutricionais (RECINE; RADAELLI, 2008, p. 24-25).

O Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) recomenda que assim como as crianças e os adultos, os idosos também devem se preocupar com os cuidados com uma alimentação saudável, para tanto, devem evitar o consumo certos alimentos - frituras e doces, por exemplo, que têm um baixo nível nutricional e são ricos em gorduras e açúcares; bebida alcoólica, principalmente em excesso; excesso de carboidratos simples e com quantidade reduzida de fibras; carnes com gorduras aparentes e feitas com excesso de gorduras, entre outros.

Contra-pondo-se ao grupo anterior que afirma que a idade não afeta a sua alimentação, 47,50% (19) dos/as idosos/as, a maioria da classe A e B, assume categoricamente que a idade interfere em sua alimentação. Um aspecto comum nas respostas de 57,89% desses/as entrevistados/as é a preocupação com “os problemas de saúde (pressão alta, diabetes, doenças cardíacas e outras doenças adquiridas) e o cuidado com a alimentação. Esta preocupação pode ser observada na fala dos/as entrevistados/as, a partir dos depoimentos transcritos abaixo:

Tenho consciência que a idade afeta a alimentação sim. O excesso de consumo de alimentos industrializado, de açúcar, com sal, com gorduras na nossa idade é prejudicial a saúde e contribui para o desenvolvimento de doenças como pressão alta, diabetes, doenças cardíacas e outras doenças. Eu tenho muito cuidado com minha alimentação e faço atividade física todos os dias (idosa – Classe B);

[...] a gente começa a perceber que a idade interfere na alimentação da gente logo cedo, antes do 60 anos, eu já sentia muitas coisas e já comecei cuidar da minha alimentação. Tenho pressão alta e diabetes, vivo de dieta, minha alimentação é mais frutas, legumes, hortaliças, peixe, não como nada com gordura, evito açúcar e faço atividade física. Fiz muitas extravagâncias quando mais jovens, comia de tudo, mais hoje, cuido muito bem da minha alimentação que é tudo para a gente manter a saúde sempre em dia (Idoso – Classe C).

Observa-se que a questão dos cuidados com a alimentação apresenta-se como uma solução importante para responder aos problemas da pressão alta, da

diabetes, doenças cardíacas e outras doenças adquiridas. São depoimentos que expressam um conhecimento bem elaborado, de certa forma, sistematizado acerca do assunto, cujo entendimento da relação entre idade, alimentação e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis é bem evidente, refletindo uma preocupação com o excesso do consumo de alimentos industrializado, processados, calóricos, não nutritivos que são prejudiciais à saúde.

Estudos recentes realizados pela VIGITEL (2016), com pessoas com idade entre 55 - 64 anos e também com 65 anos ou mais, de baixa escolaridade, com apenas de 0 a 8 anos de estudo, evidenciou que essas pessoas apresentam problemas de saúde – obesidade, pressão alta e diabetes – causados por alimentação inadequada. Os depoimentos acima mencionados pelos/as idosos/as sujeitos da pesquisa que deu origem a esse estudo, salienta a importância de se considerar esses dados quanto à preocupação com a relação entre idade/envelhecimento/ alimentação. Pode-se atribuir essa preocupação ao alto nível de escolaridade, a condição financeira e, sobretudo a classe social que os sujeitos pertencem, classe A e B. Ressalta-se a condição de escolaridade que propicia aos sujeitos um conhecimento mais elaborado a cerca dessa relação.

Os depoimentos acima mencionados também corroboram os dados do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011, p. 12), quando este revela que as DCNT são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008, sobretudo, quando chama atenção para o fato que aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda. Um terço dessas mortes ocorre em pessoas com idade inferior a 60 anos. A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório, ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada.

Um outro aspecto que é caracterizado por 31,57% (dos/as idosos/as das classes C, D e E é a relação que eles/as estabelecem entre a alimentação e a idade e a suscetibilidade a doenças que aumentam com o passar dos anos. Os depoimentos abaixo evidenciam esta manifestação:

“Com a idade a alimentação muda muito, quando eu era jovem comia de tudo, agora depois de velho tudo que como me faz mal. É muito bom ter saúde e poder comer o que a gente gosta, mas, agora é cuidar da alimentação para viver melhor” (Idosa – Classe C);

[...] “a gente fala o que a gente vive, hoje não posso comer o que comia antes; a gente adoce mais, tem que cuidar da alimentação, não pode deixar de lado. Com a idade tudo muda, não é só a alimentação não, é monte de coisas.....” (Idosa – Classe E).

Embora, os idosos/as, pertençam as classes com menor grau de escolaridade e baixa condição socioeconômica e explicarem suas respostas baseados nas experiências cotidianas, o entendimento acerca da questão reflete uma preocupação com alimentação em relação a idade. Há, portanto, por parte dos/as idosas/as uma compreensão que com o envelhecimento ocorrem alterações no organismo que interferem no consumo alimentar e que é preciso ter cuidado com alimentação.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 31), explica que as DCNTs - doenças circulatórias (hipertensão arterial, insuficiência cardíaca), endócrinas (diabetes mellitus), respiratórias e o câncer, são doenças associadas à idade e a outros fatores como aos genéticos, as questões sociais, as quais contribuem o modelo de desenvolvimento econômico o qual gera desigualdade social no que diz respeito a recursos financeiro, de saúde, educacionais (baixa escolaridade e falta de informação) e fatores de riscos ambientais modificáveis como: tabagismo, uso abusivo de álcool, falta de exercícios físicos e a alimentação inadequada e obesidade, que tem muitas outras manifestações, como as DCNTs.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 31), a maioria das populações, principalmente, aquelas com menores níveis de escolaridade e de baixa renda, consome ainda muito sal, mais do o que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, a ingestão de gorduras saturadas e ácidos graxos trans também ainda é muito alta, incluindo o consumo de gorduras, que aumenta rapidamente na população de baixa renda no País, por meio dos alimentos processados, um dos principais determinantes da hipertensão e de acidentes cardiovasculares, favorecendo, dessa forma as DCNTs.

Segundo Scheidt, Liberali e Navarro (2009, p. 236), as alterações que ocorrem com o envelhecimento, embora, variem de um indivíduo para outro, são encontradas em todos os idosos e são próprias desse processo. Existem modificações que são próprias do processo de envelhecimento e outras decorrentes de processos patológicos. A interação dessas modificações são responsáveis pela apresentação clínica de várias enfermidades, que se tornam mais graves nos idosos do que nos jovens e nos adultos, um exemplo é o estado nutricional dos idosos que é bastante afetado pela idade e que interfere na ingestão, no sabor, na digestão e na absorção dos nutrientes dos alimentos, alterando o consumo alimentar. Para Busnello (2007, p. 4) o envelhecimento leva o idoso a uma maior susceptibilidade a enfermidades, e muitas vezes é, difícil separar o que é normal ou se o idoso está apresentando sintomas iniciais de alguma doença, devido o próprio processo de envelhecimento.

De acordo com Mari et al. (2016, p. 39) em um estudo sobre a percepção de pessoas de meia-idade e idosos sobre o processo de envelhecimento, evidenciou-se que muitos idosos/as associam a alimentação saudável e a prática de atividade física, a exclusão do consumo de álcool e cigarro como a principal forma de ter um envelhecimento saudável e com qualidade de vida.

6.4 Análise e discussão das representações sociais dos/as idosos/as participantes da pesquisa sobre qualidade de vida, como avaliam sua qualidade de vida e acerca dos fatores que se interpõem a uma alimentação saudável no processo de envelhecimento com qualidade de vida, apresentada nas Tabelas 7 e 8.

A locução qualidade de vida foi mencionada pela primeira vez em 1920 por Arthur Cecil Pigou, economista inglês, em um livro sobre economia e bem-estar relacionou essa frase ao o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e sobre o orçamento do Estado. A expressão foi usada posteriormente por Lyndon Johnson, presidente dos Estados Unidos das Américas em 1964, quando declarou “[...] os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”.

Após a Segunda Guerra Mundial, a locução “qualidade de vida” começou a ser usada com a noção de melhoria no padrão de vida, onde se considera principalmente a ascensão social e o acesso aos bens de consumo como moradia própria e de qualidade, salário, entre outros, com o intuito de quantificar o desenvolvimento econômico social. Com o passar do tempo o termo foi adquirindo outros significados e conceitos, relacionados ao desenvolvimento social compreendendo as dimensões, educação, lazer, saúde, habitação, bem estar integrando os aspectos sociais, econômicos, culturais, entre outros (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007; MOTA; OLIVEIRA; BATISTA, 2017).

Em 1994, a OMS (WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405), considera o termo qualidade de vida como um conceito amplo que incorpora de uma maneira complexa várias dimensões, a saúde física de uma pessoa, suas crenças, o estado psicológico e sua relação com características proeminentes ao ambiente. Nessa perspectiva, conceituou qualidade de vida, como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Um conceito mais completa divide a qualidade de vida em duas grandes áreas A primeira envolve as variáveis capacidades físicas e cognitivas, as atividades de vida diária e a auto avaliação do estado de saúde. A segunda considera o bem-estar, agregando as variáveis de bem-estar corporal, emocional, do autoconceito e da percepção global de bem-estar (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007, p. 14; MOTA; OLIVEIRA; BATISTA, 2017, p. 51; WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405).

A partir desses pressupostos, considerando o sistema de valores, visão do contexto econômico, financeiro, da cultura, seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, inclusive com a alimentação saudável, a tabela 7 mostra o que os sujeitos da pesquisa entendem sobre qualidade de vida e como avaliam sua qualidade de vida e se os/as entrevistados/as relacionam o termo qualidade de vida à alimentação saudável. Complementando essas análises, a Tabela 8 apresenta a partir das representações sociais dos/as idosos/as os fatores que se interpõem para se ter uma alimentação saudável no processo de envelhecimento com qualidade de vida.

TABELA 7 – Representações sociais dos/as idosos/as sobre o entendimento que possuem sobre qualidade de vida e como avaliam sua qualidade de vida - Recife, 2019.

| REPRESENTAÇÕES SOCIAIS | CLASSES SOCIAIS POR RENDA | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------|-------|------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-----------|-------|-----------|---------------|
| | A | | B | | C | | D | | E | | TOTAL | |
| | ALTA | | MÉDIA ALTA | | MÉDIA MÉDIA | | MÉDIA BAIXA | | BAIXA | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| O que é qualidade de vida para você? | | | | | | | | | | | | |
| Tudo de melhor na vida (O que é bom); | 1 | 7,69 | 2 | 15,38 | 3 | 23,07 | 1 | 7,69 | 6 | 46,15 | 13 | 32,50 |
| É ter coisas boas (coisas que trazem benefícios para saúde e ao bem estar; traz benefícios ao ser humano); | 1 | 25,00 | - | - | 2 | 50,00 | 1 | 25,00 | - | - | 4 | 10,00 |
| Ter alimentação, vestir, ter moradia adequada (comer, vestir, se alimentar bem); | - | - | - | - | 1 | 20,00 | 1 | 20,00 | 3 | 60,00 | 5 | 12,50 |
| Não soube responder | - | - | - | - | 6 | 33,33 | 4 | 22,22 | 8 | 44,44 | 18 | 45,00 |
| Como você avalia sua qualidade de vida? | | | | | | | | | | | | |
| Ótima; | 1 | 10,00 | 2 | 20,00 | 3 | 30,00 | 1 | 10,00 | 3 | 30,00 | 10 | 27,50 |
| Boa; | - | - | - | - | 4 | 50,00 | 1 | 12,50 | 3 | 37,50 | 8 | 20,00 |
| Regular; | - | - | - | - | 2 | 15,38 | 2 | 15,38 | 9 | 69,23 | 13 | 32,50 |
| Ruim; | 1 | 33,33 | - | - | 1 | 33,33 | 1 | 33,33 | - | - | 3 | 7,50 |
| Não respondeu | - | - | - | - | 2 | 33,33 | 2 | 33,33 | 2 | 33,33 | 6 | 15,00 |
| Total | 2 | | 2 | | 12 | | 7 | | 17 | | 40 | 100,00 |

Fonte: Próprio autor (2019).

As representações sociais dos/as idosos/as sobre o entendimento acerca do termo qualidade de vida, demonstram que 55% pertencentes as diferentes classes sociais, respondeu que sabem o que é qualidade de vida. Enquanto que 45,00%, a maioria da classe E, afirmam categoricamente não entender esse termo.

Dos que responderam saber o que é qualidade de vida, 32,50%, a maioria da classe D somada a classe E (53,84%) entende qualidade de vida como sendo “tudo de melhor na vida ou o que é bom”. Na oportunidade da pesquisa solicitou-se aos idosos/as para explicar o que é qualidade de vida como sendo “tudo de melhor ou esse algo bom”, a totalidade dos sujeitos, inclusive os/as entrevistados/as da classe A e B, com maior grau de instrução, não souberam dar maiores explicações sobre o significado do que elucidaram.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 10) qualidade de vida é um termo que abrange muitos significados e pode refletir conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e de uma coletividade que pode se reportar a variados aspectos.

Corroborando esses/as autores/as, Pereira, Teixeira e Santos (2012, sem paginação) explica que o termo qualidade de vida apresenta imprecisões teórico/metodológicas enormes, o que dificulta a investigação, o diálogo entre as diferentes áreas que trabalham com o tema e, principalmente, a aplicação do conhecimento produzido na melhoria da qualidade de vida da população, sobretudo, pela dificuldade de compreensão do referido termo.

O fato da qualidade de vida ter sido entendido por 32,50% dos/as idosos/as como “tudo de bom e de melhor”, explica a subjetividade desse termo, bem como o caso de nenhum/a idoso/a ter explicado o que o significava qualidade de vida como sendo “tudo de melhor na vida ou o que é bom”. Também pode explicar o caso de 45% dos/as idosos/as, a maioria da classe E, afirmar categoricamente não entender o significado desse termo. Contudo, é importante considerar que as teorias interessadas no entendimento do termo qualidade de vida, como tema de grande relevância direcionado às pessoas idosas tem avançado na compreensão do seu significado e os conceitos têm sido utilizados pelas diferentes áreas do conhecimento.

Segundo Moreira (2006, p. 1) qualidade de vida é um conceito complexo que vem passando por várias transformações por possuir uma relação direta tanto com elementos subjetivos (geradores singulares de bem-estar) quanto com elementos objetivos (bens materiais e serviços indispensáveis), porém, tem sido conceituado e entendido e aplicado. Para a autora, a qualidade de vida e a incessante procura da humanidade pela qualidade de vida expressam a necessidade de se viver bem e de se tentar superar as condições adversas.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 10) qualidade de vida é entendido como o grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, cultural, social, ambiental e existencial, determinada pelo que a sociedade considera como sendo seu padrão de conforto e bem-estar.

Segundo Vecchia et al. (2005, p. 247) o conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive.

Como se verifica nesse estudo, o conceito de qualidade de vida possui vários significados e integra várias dimensões, podendo ser interpretado em diferentes sentidos, de acordo com uma série de aspectos, sobretudo, quando se considera o entendimento do próprio idoso/a, conforme se constata nesse estudo. Entre outros aspectos, o nível socioeconômico, o grau de escolaridade, a atividade intelectual, o próprio estado de saúde, os valores culturais, o estilo de vida, são fatores inter-relacionados que podem interferir no entendimento sobre qualidade de vida.

É compreensível, portanto, o entendimento que os/as idosos/as, particularmente, da classe D e da classe E tem sobre qualidade de vida nesse estudo, referindo-se a “tudo de melhor na vida e o que é bom”, refletindo o desejo ou a busca por uma melhor qualidade de vida, conforme ressalta Moreira (2006, p. 1) quando conceitua qualidade de vida como sendo a incessante procura da humanidade pela necessidade de querer viver bem e de tentar superar as condições adversas da vida.

Seguindo a análise das representações sociais dos/as idosos/as sobre qualidade de vida, na Tabela 7, um percentual de 12,50% (5) dos/as entrevistados/as das classes C, D e E entendem qualidade de vida como sendo “ter alimentação, roupas e moradia adequada”. Esse entendimento reporta as demandas relacionadas às necessidades básicas dos/as idosos/as das classes C, D e E, cujos salários, sobretudo das classes D e E, não ultrapassam 2 salários mínimos, contrapondo-se aos salários das classes A e B que perfazem valores que ultrapassam 20 salários mínimos.

Corroborando essa condição, estudo realizado por Santos (2017, p. 147) tendo em vista avaliar as representações sociais de idosos/as de diferentes classes sociais da cidade do Recife – PE, sobre consumo e qualidade de vida, evidenciou que os/as idosos/as das classes C, D e E não deixam de pensar na qualidade de vida, contudo, reconhecem não ter “*o dinheiro para pagar serviços de qualidade (sem dinheiro compra o que pode; prioriza o mais importante, a alimentação e a saúde)*”. Esse entendimento relaciona a qualidade de vida a garantia ao atendimento das necessidades básicas como o consumo de alimentos, medicamentos, moradia e vestuário. Enquanto que os/as entrevistados/as das classes mais privilegiadas (A e B), entendem qualidade de vida associando ao consumo de “*serviços de qualidade que proporcionam qualidade de vida, bem-estar (saúde; segurança; satisfação; prazer)*”.

Nessa perspectiva, Santos (2017) considera que a qualidade de vida dos/as idosos/as tem classe, ou seja, está diretamente relacionada com a condição de vida, com o salário, o nível educacional, os rendimentos, que vão determinar a posição que cada indivíduo idoso ocupa na sociedade e as características culturais e de lazer das diferentes classes. Com base nessas considerações, a autora afirma em seu estudo, que o que determina a compra e o consumo de produtos e de serviços pelos/as idosos/as das classes A e B é a expectativa da qualidade vida, compreendendo saúde, alimentação adequada, conforto, bem-estar, segurança e lazer, dentre outras dimensões. Contraditoriamente, para os/as idosos/as das classes C, D e E, o que vai determinar a compra e o consumo de produtos e de serviços é a condição econômica, de salário e de renda, considerando as demandas e necessidades básicas para a sobrevivência.

Apenas 10% (4) dos/as idosos/as, a maioria da classe A e B compreende qualidade de vida envolvendo os termos “saúde e bem estar” conforme elucida – “coisas boas que trazem benefícios à saúde e ao bem estar humano”. Quando na oportunidade da entrevista, o pesquisador interrogou sobre o que seria trazer benefícios a saúde e ao bem estar, entre aqueles/as que conseguiram responder foi possível registrar os seguintes depoimentos:

[...] eu faço atividade física na academia de segunda a sexta, como alimentos sem glúten, sem lactose, sem gordura, tenho acompanhamento médico, inclusive minha irmã que é médica e nutricionista me orienta muito. Precisa se cuidar, se alimentar de forma adequada para manter o corpo em forma e a saúde” (Idosa – Classe A);

[...] são coisas boas para manter a saúde como fazer atividade física, comer alimentos saudáveis, ir ao médico e outras coisas mais” (Idosa – Classe C);

[...] São coisas boas que trazem alto benefício para saúde do ser humano como alimentos em bom estado, fazer atividade física, ter lazer” (Idosa – Classe B);

“Qualidade de vida significa mesmo ter tudo de bom, se alimentar bem, de forma adequada e fazer exercícios físicos, caminhar” – (Idosa – Classe B)”

É importante analisar as razões utilizadas pelos sujeitos para justificar o que significa “trazer benefícios à saúde e ao bem estar”. Observa-se que a alimentação

está incluída em todos os depoimentos, isto significa afirmar que para apenas 10% (4) idosos/as, a adoção de uma alimentação adequada ou saudável contribui para se ter qualidade de vida. Esse pensamento corresponde ao que 50% dos/as idoso/as das classes A e B atribuem ao que seja alimentação saudável na Tabela 3 – comer frutas, verduras, pouco sal, açúcares e gorduras ou ainda, comer alimentos naturais, sem agrotóxicos.

Pode-se depreender dessa análise que esses/as idosos/as compreendem que ter qualidade de vida engloba colocar em prática os princípios de uma alimentação adequada e saudável, pressupõe o consumo diário de uma variedade de alimentos in natura e minimamente processados (como cereais e tubérculos, feijões, frutas, verduras e legumes, carnes) de forma que a alimentação forneça, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, entre outros nutrientes necessários.

Essas percepções vão ao encontro daquelas encontradas por Santos (2017, p. 146) em estudo realizado com idosos/as de diferentes classes sociais e cuja autora estuda as representações sociais que esses/as tem sobre qualidade de vida. Nesse estudo, 88% dos sujeitos da pesquisa demonstram compreender que no processo de envelhecimento é essencial cuidar da saúde a fim de evitar complicações e garantir melhor qualidade de vida. Isto, para eles/as, significa necessariamente aderir a uma alimentação saudável, praticar atividades físicas, ter lazer e possuir um plano de saúde.

É importante chamar atenção ainda para o que outros estudos reforçam sobre a importância de uma alimentação saudável no processo de envelhecimento. Uma alimentação saudável no envelhecimento é crucial para se ter saúde e, por conseguinte qualidade de vida, com adoção de dietas baseadas em grãos integrais, ricas em quantidade de frutas e vegetais, com reduzidas quantidade de gorduras saturadas, açúcares, colesterol e sódio, capaz de reduzir os níveis pressóricos em indivíduos hipertensos e outras doenças comuns no processo de envelhecimento.

Outro aspecto evidenciado na fala dos/as idosos/as a partir da análise dos depoimentos acima transcritos é a prática da atividade física. Estudos (trazer referências) tem mostrado que nas últimas décadas a prática da alimentação saudável vem sempre associada à prática da atividade física. Isso porque, as doenças crônicas não transmissíveis são influenciadas pela alimentação incorreta, caracterizada pelo consumo frequente de álcool e alimentos com alto teor de

gorduras, sal, açúcar, e pela inadequação da prática regular de atividade física (referencia).

Devido a aumento considerável do número de idosos/as em todos os países do mundo, a questão da qualidade de vida, como já se mostrou nesse estudo, vem assumindo nos últimos anos, importância, sob vários aspectos, particularmente no que diz respeito a sua avaliação ou mensuração, quer individualmente quer coletivamente. Nesse sentido, considerou-se importante nesse estudo, indagar aos idosos/as como eles/as avaliavam sua qualidade de vida. Os resultados mostram que, 32,50% (13), a maioria da classe E considera como Regular, 27,50% (10) das classes A, B e C avaliam como Ótima, seguidos de 20% (8) a maioria da classe A e B avaliam como Boa e 7,5% (3) avaliam como Ruim, todos da classe C e D.

Esses resultados parecem evidenciar que qualidade vida está associado diretamente a condição de classe como afirma Santos (2017), principalmente quando se considera que 40% dos/as idosos/as que avaliam sua qualidade de vida como regular e ruim são das classes C, D e E. Segundo Santos (2017, p. 152-153) qualidade de vida tem classe, ou seja, está diretamente relacionada à condição econômica de vida, ao salário e ao nível educacional, fatores que determinam a posição que cada indivíduo idoso/a ocupa na sociedade e as características econômicas, sociais, culturais e de lazer das diferentes classes.

Contudo, isso implica considerar na análise que outros idosos/as, que também estão inseridos/as classes C, D e E avaliaram sua qualidade de vida como ótima e boa. Entre outros aspectos, além do o nível socioeconômico e do grau de escolaridade, os valores culturais, o estilo de vida, a religião, são fatores inter-relacionados que podem interferir no entendimento sobre qualidade de vida. Segundo Trentini (2004, p. 24) o termo qualidade de vida na terceira idade pode ser interpretado de diversas formas e isso porque vários fatores estão associados no entendimento desse termo, bem como existem diversas maneiras de ser velho e diferentes padrões de envelhecimento. A definição de qualidade de vida na velhice é complexa e envolve indicadores como saúde física e mental; status social; manutenção das relações interpessoais; satisfação e controle cognitivo.

TABELA 8 – Representações sociais dos/as idosos/as acerca dos fatores que contribuem ou se interpõem a uma alimentação saudável no processo de envelhecimento com qualidade vida – Recife, 2019.

| REPRESENTAÇÕES SOCIAIS | CLASSES SOCIAIS POR RENDA | | | | | | | | | | TOTAL | |
|---|---------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-------|-----------|---------------|
| | A | | B | | C | | D | | E | | | |
| | ALTA | MÉDIA ALTA | MÉDIA ALTA | MÉDIA ALTA | MÉDIA ALTA | MÉDIA ALTA | MÉDIA ALTA | MÉDIA ALTA | BAIXA | BAIXA | N | % |
| Existem fatores que interferem ou contribuem para uma alimentação saudável? | | | | | | | | | | | | |
| Sim, quais? | | | | | | | | | | | 16 | 40,00 |
| A condição financeira (dinheiro; preço dos alimentos; salário; renda); | - | - | - | - | - | - | - | - | 6 | 100 | 6 | 37,50 |
| O conhecimento que se sabe sobre alimentação saudável é muito importante (recomendações médicas e outras fontes de informação; palestras; cursos; mídia); | 1 | 33,33 | 2 | 66,66 | - | - | - | - | - | - | 3 | 18,75 |
| A falta de tempo (o corre-corre do dia-a-dia; intenso faz consumir gorduras, salgadinhos, refrigerantes, sal, entre outros); | 1 | 14,28 | - | - | 3 | 42,85 | 1 | 14,28 | 2 | 28,57 | 7 | 43,75 |
| Não (Por quê?) | - | - | - | - | 9 | 37,5 | 6 | 25 | 9 | 37,5 | 24 | 60,00 |
| Total | 2 | | 2 | | 12 | | 7 | | 17 | | 40 | 100,00 |

Fonte: Próprio autor (2019).

Os dados da Tabela 8 mostram que um percentual de 40% dos/as idosos/as respondeu que existem fatores que interferem ou que contribuem para uma alimentação saudável e 60% (24) afirmaram que não existem fatores. Dos/as 40% (16) que afirmaram sim, 37,50% (6) da classe E referiu “a condição financeira (dinheiro; preço dos alimentos; salário; renda) e 43,75 (7) apontaram “a falta de tempo (o corre-corre do dia-a-dia; o consumo de gorduras, salgadinhos, refrigerantes, sal, entre outros)”. Já 18,5% (3) idosos/as da classe A e B se referiram ao “conhecimento que se sabe sobre alimentação saudável (recomendações médicas e outras fontes de informação) como fatores que contribuem para se ter uma alimentação saudável”.

A alimentação como já se mostrou nesse estudo é influenciada por fatores econômicos, sociais e culturais que refletem diretamente no consumo e nas práticas alimentares. Especialmente quando se avalia os fatores que interferem para se ter uma alimentação saudável, constata-se que um dos fatores mais mencionados pelos/as idosos/as da classe E foi o econômico, mais especificamente, a condição financeira, particularizando o preço dos alimentos mediante os baixos salários. Conforme mostra o depoimento abaixo:

[...] quem não quer ter uma alimentação saudável, todo mundo quer. O problema é que comprar arroz, feijão já custa caro, o dinheiro mau dá, imagine comprar alimentos integral, frutas, hortaliças orgânica, óleo de girassol e outros mais, o dinheiro não dá não, mas, que é bom para saúde é (Idosa da classe E);

[...] a compra de alimentos normal, ou seja, carne, arroz, feijão, farinha, fubá, macarrão, ovo, para família toda, já vai aí metade do salário, se a gente for comprar comida saudável que é muito mais cara, não sobra nada para as outras despesas. Mas, eu sei que o bom é consumir frutas, verduras, peixe e outros alimentos que é bom para saúde (idosa – Classe E).

Esses depoimentos parecem comprovar que as idosas reconhecem a importância de uma alimentação saudável, contudo, o destaque nesse caso para não ter uma alimentação saudável são os fatores econômicos – salário, renda, preços dos alimentos - que parecem exercer influência decisiva.

Não apenas no caso dos/as idoso/as da classe E desse estudo, cujos salários não ultrapassam 2 salários mínimos, mas, da maioria dos/as brasileiros/as das famílias de baixa renda, a manutenção de uma dieta saudável deve representar efetivamente uma grande provocação diante dos baixos salários que auferem. Conforme mostram os depoimentos a compra de alimentos, independente da característica de ser saudável já compromete cerca de 40 a 50 por cento da renda total dessas famílias, o gasto com a compra de alimento saudável comprometeria o rendimento muito mais. Segundo pesquisa realizada pelo IPEA (2017) o dinheiro gasto com a alimentação apresenta um grande impacto na renda dos/as idosos/as, sobretudo os mais pobres. No Nordeste, os/as idosos/as da classe D e E chegam a

gastar mais de 40% de sua renda em alimentação, mostrando que o consumo com a alimentação ainda é maior que a média nacional e regional.

Borges et al. (2015) realizou estudo com objetivo de identificar o custo necessário para a obtenção de uma dieta saudável no Brasil por famílias de baixa renda e o comprometimento dessa renda familiar com dieta saudável. Os resultados da pesquisa mostraram que as obtensões de alimentos excederam às recomendações para feijões, óleos, doces, carnes/ovos e não alcançaram as recomendações para frutas, hortaliças, lácteos e cereais. Atingir as recomendações para uma dieta saudável aumentaria os gastos com a alimentação em 58%, para indivíduos de renda/per capita de \leq US\$ 1,00 per capita/ dia, e em 39%, para indivíduos com renda \leq R\$ 415,00, e comprometeria em 145% a renda familiar e conclui que os Brasileiros de menor poder aquisitivo para ter uma dieta saudável necessitam aumentar a renda para atingir ideal.

Outros estudos como o de Defante, Nascimento e Lima-Filho (2015) realizado com 24 famílias de baixa renda de municípios do Mato Grosso do Sul, evidenciou que o principal critério de escolha de alimentos era o preço dos mesmos. Os sujeitos da pesquisa eram conscientes em relação à importância da alimentação adequada, mas, porém tinham que fazer escolhas que podiam não ser as melhores para a saúde, mas, devido ao recurso disponível era o que podiam gastar com a compra de alimentos, precisando, fazer ponderações sobre o que se pode ou não comprar.

Na sequência das discussões sobre os fatores que se interpõem a prática de uma alimentação saudável 43,75% (7) idosos do sexo masculino, das classes A, C, D e E apontam a falta de tempo (o corre-corre do dia-a-dia) como fator que leva ao consumo de gorduras, salgadinhos, refrigerantes, sal, entre outros. Conforme mostram relatos abaixo:

“Faço as refeições fora de casa, não dá tempo de fazer refeições em casa, em função disso consumo muitos doces e outras besteiras como refrigerantes e frituras na rua. O trabalho não me dá tempo de focar numa alimentação mais saudável” (Idoso – Classe A);

“Como muito fora de casa. Além disso, sempre vou a festas e me acabo nos salgadinhos fritos e como muita gordura, embutidos e refrigerantes” (Idoso – Classe D);

“Bebo bebidas alcoólicas e consumo petiscos, salgados, linguiças, frituras aos finais de semana e depois do trabalho, não deveria comer isso, mas é meu cano de escape” (Idoso – Classe E).

A discussão da análise desses depoimentos transmite as práticas alimentares dos sujeitos entrevistados, cujo consumo de bebidas alcoólicas e alimentos como salgado, embutidos, fritura, entre outros alimentos ricos em gordura, açucare e sódio é bastante comum entre eles, durante a semana e nos finais de semana, particularmente.

Analisando o que os idosos colocam em relação à falta de tempo para se dedicar ao cuidado com a alimentação, as implicações do ritmo de trabalho sobre o consumo de alimentos não saudáveis pode ser considerado um fator relevante que interfere nas práticas de uma alimentação saudável, principalmente, quando se considera a carga de trabalho dos idosos das classes C, D e E para sustento da família, apesar dos benefícios auferidos, a maioria dos idosos continuam trabalhando para complementar os rendimentos.

Sobre a falta de tempo para uma alimentação mais saudável, estudo realizados por Kawae et al. (2015, p. 627), com idosos de uma universidade aberta a terceira idade, evidenciou a preferência dos idosos por consumir comidas de fácil preparo devido ao pouco tempo para as refeições. O autor atribui essa condição aos reflexos das mudanças econômicas e sociais das últimas décadas, que propiciaram a praticidade e a economia de tempo, valores pelos quais a indústria alimentícia e os serviços de alimentação, principalmente nos grandes centros urbanos, usufruem do fator falta de tempo para vender alimentos industrializados e refeições rápidas.

Nesse contexto, a falta de tempo e a vida moderna fazem com que o gasto dos/as brasileiros/as com refeições fora da unidade doméstica seja altíssimo, seja, com *foodservice*, em padarias, lanchonetes ou mesmo com vendedores ambulantes e refeições prontas congeladas. De acordo com a pesquisa Refeição Assert (ASSOCIAÇÃO DAS EMPRESAS DE REFEIÇÃO E ALIMENTAÇÃO CONVÊNIO PARA O TRABALHADOR, 2017) o valor, que equivale a 91,6% do salário mínimo nacional, é o custo do consumo diário de uma refeição completa fora de casa (comida, bebida, sobremesa e café) levando em conta uma semana com cinco dias de trabalho. Trazer outros estudos que confirmam isso.

Não se pode deixar de avaliar ainda os riscos a saúde para quem come fora de casa. Estudos mostram, (CANESQUI, 2005; MECEDDES, 2010), que quem tem esse hábito corre mais riscos de estar acima do peso e de desenvolver as DCNTs, uma vez que a variedade de alimentos vendidos em restaurantes e em lanchonetes são mais ricos em gordura, sódio, açúcares, nutriente diretamente associados a um maior índice de hipertensão e outras doenças.

Por fim, somente 3 (18,75%) idosas, da classe A e B, apontam que o conhecimento adquirido através de cursos, mídia e orientações médicas contribui para uma alimentação saudável e com qualidade de vida. Conforme se observa no relato abaixo:

“Eu costumo ir de segunda a sexta para a academia, que fica em um shopping na Zona Sul do Recife. Compro meus produtos naturais, integrais e light em lojas especializadas e mantenho a rigidez na minha alimentação para ser sempre saudável. Chega certa idade em que não podemos nos descuidar. Sou muito informada sobre os cuidados da saúde, com a alimentação principalmente (Idosa – 60 anos – Classe A).

Essa fala atenta não apenas para a importância que se deve ter com a alimentação saudável, mas, para o cuidado que se deve ter com a saúde, sobretudo, ressalta a magnitude de está bem informada sobre essas questões, constituindo-se a informação e o conhecimento fatores que contribuem para se ter uma alimentação saudável no processo de envelhecimento com qualidade de vida, sob o ponto de vista dessa idosa e das demais.

Segundo estudo realizado por Menezes et al. (2010, p. 271-272) com 202 idosos/as sobre a percepção que possuíam sobre alimentação saudável, a maioria (69,8%) atribuiu à noção de alimentação saudável às orientações e aos conhecimentos nutricionais adquiridos ao longo de sua vida, reforçando a importância do conhecimento como fator para se ter hábitos e práticas alimentares saudáveis.

Segundo esse mesmo autor, nesse sentido, alimentação saudável significa prevenção ou tratamento de doença, largamente disseminado entre idosos/as que frequentam serviços de saúde, um dos lugares onde entram em contato com as informações sobre alimentação saudável, concebidas a partir da ótica biomédica, afastando, nessa perspectiva, a noção de saudável do contexto do desejo, perdendo o significado social e cultural da alimentação. O entendimento do autor se dá no

sentido de chamar atenção das orientações que são dadas nos postos de saúde apenas na perspectiva nutricional, da prevenção de doenças e promoção da saúde. Importante se faz ressaltar nesse estudo, a atenção para o significado de considerar outras iniciativas que contemplem alimentação saudável, discutir os avanços das incorporações das práticas integrativas e complementares em saúde, na alimentação do idoso.

A falta de conhecimento teórico, científico ou sistematizado acerca do entendimento sobre alimentação saudável, baseada nas necessidades nutricionais diárias, de acordo com a faixa etária e considerando os grupos básicos de alimentos, sem desconsiderar os fatores econômicos, sociais e culturais, tem sido um dos fatores que influencia a qualidade da alimentação do dia a dia dos/as idosos/as como vem se mostrando nesse estudo, a partir da visão dos próprios/as entrevistados/as. O/a idoso/a que tem o conhecimento mais elaborado acerca dessa categoria, tem mais propensão a desenvolver práticas alimentares saudáveis uma vez que o conhecimento é algo construído a partir do sujeito, no movimento da ação–reflexão formação de uma consciência da importância de uma alimentação saudável.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises desenvolvidas nesse estudo, a partir das representações sociais dos sujeitos entrevistados possibilitou responder ao problema de pesquisa apresentado, investigar os fatores que levam ao consumo alimentar inadequado pelos/as idosos/as e ao risco as DCNTs e assim contribuir para prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida desse segmento no processo de envelhecimento. Para tanto, considerou-se primordial na investigação ouvir os sujeitos sobre consumo, hábitos alimentares, alimentação saudável, envelhecimento, qualidade de vida e sobre os fatores que se interpõem ou contribuem para o consumo e práticas alimentares saudáveis, a partir das expectativas, visões, concepções e padrões de consumo conforme o contexto socioeconômico, cultural e o sistema de valores onde se encontra inseridos/as os sujeitos.

A análise do perfil socioeconômico e demográfico dos/as idosos/as foi indispensável para estabelecer vinculações entre as representações sociais dos sujeitos e suas interpretações, ideias, visões e concepções sobre os fenômenos, considerando as categorias de classe, idade, sexo e escolaridade. A ideia de entender as percepções desse segmento por classe social reflete a importância de avaliar e compreender, alicerçado nas representações sociais, as diferentes visões, vivências, valores, experiências e fatores econômicos, sociais e culturais que se interpõem ou interferem na investigação do fenômeno estudado.

O grau de escolaridade também se constitui um fator que interfere sobre os hábitos e as práticas alimentares. A visão sobre hábitos alimentares e alimentação saudável são concepções que são influenciadas diretamente pelo grau de escolaridade. A constatação está nas análises das representações sociais dos/as idosos/as quando se considera o grau de instrução dos sujeitos entrevistados e se verifica que os/as idosos/as das classes sociais A e B com maior grau de instrução do que aqueles/as das classes C, D e E, sobretudo, da classe E, tem interpretações acerca dessas categorias muito mais elaboradas e mais sistematizadas teoricamente.

O consumo regular de frutas e hortaliças e de alimentos não processados ou industrializados, sem agrotóxicos ou orgânicos, também é menor entre os/as idosos/as que têm menos escolaridade e são das classes menos favorecidas. Entre

os que estudaram até mais de 8 anos, Ensino Médio, percebe-se que há de certa forma um aumento do consumo desses alimentos. Na faixa dos que o Ensino Superior, o percentual é maior ainda, sem desconsiderar a influência da faixa salarial.

As condições socioeconômicas a que está submetida os/as idosos/as sujeitos da pesquisa, das classes C, D e E, sobretudo, da classe E, revela à ausência de políticas sociais efetivas, na qual é um indicador que mede o grau de acessibilidade aos direitos sociais. Particularmente em Recife-PE, os indicadores demonstram a negação destes direitos, uma vez que a velhice ainda persiste sendo uma fase da vida onde as pessoas idosas pobres continuam a lutar pela sobrevivência, recebem salários reduzidos, não têm a devida assistência do Estado e vivem em condições humilhantes, em se tratando inclusive da segurança alimentar e nutricional, os/as quais não consomem uma alimentação adequada, pelo fato de possuírem recursos financeiros insuficientes.

Ainda sobre a condição financeira de acordo com a classe social e partindo das representações sociais dos/as entrevistados/as, os recursos financeiros, decorrentes de aposentadorias e/ou pensões, são insuficientes e acabam por interferir no gasto destinado a alimentação, favorecendo o consumo de alimentos de baixo custo, de fácil preparo, muitos vezes ricos em gordura, carboidratos simples, sódio e aditivos químicos que contribuem para o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Além disso, uma parcela considerável dos/as idoso/as das classes menos favorecidas, tem outros gastos com medicamentos de alto custo, planos de saúde, moradia e com ajuda das despesas de outros familiares (filhos/as e netos/as) que acabam comprometendo a compra de alimentos para consumo diário como frutas, hortaliças, cereais integrais, leguminosas, bem como o consumo de carne, leite e derivados, que representam um gasto mais elevado, frente a outras demandas e necessidades familiares.

Nessa condição, pode-se afirmar que, as práticas alimentares dos/as idosos/as são influenciadas por fatores econômicos, sociais e culturais, que implicam diretamente no acesso, na escolha e no consumo dos alimentos e de outros bens (produtos) e serviços. Frente a isso, observa-se que apenas uma pequena parcela de idosos/as pertencente as classes sociais A e B participantes da pesquisa possuem recursos financeiros suficientes que garante acesso a compra de alimentos nutricionalmente saudáveis, bem como o consumo de outros produtos e

serviços como academias, acompanhamento de profissionais da área da saúde, opções variadas de lazer, vestuário, entre outros que propiciam qualidade de vida no processo de envelhecimento.

Reforça-se a influência do fator financeiro sobre o processo de envelhecimento e qualidade de vida, considerando que apesar das perdas e desgastes que acompanham esse processo, o dinheiro possibilita o acesso bens (produtos) e serviços como o de saúde de melhor qualidade, atividades de lazer e alimentação adequada e saudável propiciando melhores condições e qualidade de vida ao processo de envelhecimento.

Considera-se, portanto, diante dessas análises que os recursos financeiros é um fator primordial para se ter alimentação saudável no processo de envelhecimento, uma vez que os recursos financeiros vai possibilitar não apenas o acesso a uma alimentação saudável, mas, o consumo de outros produtos e serviços de qualidade imprescindíveis a promoção da saúde da pessoa idosa e a qualidade de vida no envelhecimento.

Os resultados das análises das representações sociais dos/as idosos/as exibem visivelmente que o conhecimento científico se difere das crenças e das opiniões do sensu comum, uma vez que as visões acerca dos hábitos alimentares, da alimentação saudáveis, envelhecimento e qualidade de vida baseadas no sensu comum, nas experiências e vivências dos/as idosos/as, não exprimem a real essências dos fenômenos investigados, comprometendo o entendimento do fenômeno na sua totalidade, consolidando um pensamento fragmentado e superficial. Para tanto, a construção de um entendimento menos fragmenta, mais ampliado e crítico em relação aos fenômenos estudados configura-se como um dos desafios para a formação de hábitos e práticas alimentares saudáveis.

Considera-se assim, o conhecimento e a informação como fatores que tem influência sobre a formação de hábitos e as práticas alimentares saudáveis, reforçando a importância do conhecimento como fator que se interpõe para se ter hábitos e práticas alimentares saudáveis a partir da perspectiva dos/as próprios idosos/as.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, I. C. M. E.; GUIMARÃES, G. M.; SILVA, R. R.; RIBEIRO, S. M. R.; MARTINO, H. S. D. Baixa renda de idosos está associada à qualidade da dieta. *Alim. Nutr. Braz. J. Food Nutr.*, Araraquara, v. 24, n. 3, p. 349-357, jul./set. 2013.

ALENCAR, R. S.; CAMPOS, J. B. Velhice e trabalho: a informalidade como (re) aproveitamento do descartado. *Estud. Interdiscip. Envelhec*, n. 10, p. 29-43, 2006.

ALMEIDA, I. C.; GUIMARÃES, G. F.; REZENDE, D. C. de. Hábitos alimentares da população idosa: padrões de compra e consumo. *Agroalimentaria*, v. 17, n. 33, jul./dez. 2011.

ANDRADES, T. O. de; GANIMI, R. N. Revolução verde e a apropriação capitalista. *CES Revista*, Juiz de Fora, v. 21, p. 43-56, 2007.

ARANCETA-BARTRINA, J. Pautas dietéticas nutricionales para la vejez. *Nutrición Clínica*, v. 8, n. 6, p. 34-40, 1988.

ARHONTAKI, J. **Desenvolvimento e avaliação de formulações para alimentação de idosos**. 1990. 99 p. Dissertação (Mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 1990.

ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de. **Alimentação e Bolsões de Pobreza**. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1980.

AZEVEDO, E. Riscos e controvérsias na construção do conceito de Alimento Saudável: o caso da soja. *Rev. Saúde Pública*, v. 45, n. 4, p. 781-788, 2011.

AZEVEDO, Elaine de. Alimentação saudável: uma construção histórica. *Revista Simbiótica*, Vitória, n. 7, 2014.

BARBIERI, Aline Fabiane; MELLO, Rosângela Aparecida. As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica. **Conexões**: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas, v. 10, n. 1, p. 121-141, jan./abr. 2012.

BARBOSA, Livia. **Sociedade de consumo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. Nutritional transition in Brazil: geographic and temporal trends. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 181-191, 2003.

BEARDSWORTH, Allan; KEIL, Thereze. **Sociology on the menu**. An invitation to the study of food and society. London: Routledge, 1997.

BEAUVOIR, S. **A velhice**: realidade incômoda. São Paulo: DIFEL, 1976.

BIANCO, André Luiz. **A construção das alegações de saúde para alimentos funcionais**. Brasília, DF: Embrapa informação Tecnológica, 2008.

BIELEMANN, R. M. et al. Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens. **Revista Saúde Pública**, v. 49, n. 28, 2015.

BORGES, Camila Aparecida; CLARO, Rafael Moreira; MARTINS, Ana Paula Bortoletto; VILLAR, Betzabeth Slater. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 137-148, jan. 2015.

BÓS, A. J. G. Características fisiológicas do processo do envelhecimento. In: BUSNELLO, F. M. **Aspectos nutricionais no processo de envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 3-15.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil Poder Legislativo**, Brasília, DF, 18 set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Glossário temático: alimentação e nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2015. **Saúde Suplementar**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos. Coordenação Geral dos Direitos dos Idosos. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. Brasília, 2015.

BRASIL. Resolução ANVISA nº 24/2010. Dispõe sobre a oferta, propaganda, publicidade, informação e outras práticas correlatas cujo objetivo seja a divulgação e a promoção comercial de alimentos considerados com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de gordura trans, de sódio, e de bebidas com baixo teor nutricional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010.

BUENO, M. B. **Consumo de açúcares de adição entre adultos e idosos**: inquérito populacional do município de São Paulo. 2009. 141 f. Tese (Doutorado em Saúde

Pública) – Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2009.

BUNN, H. T. Meat made us human. In: UNGAR, P. (Ed.). **Evolution of the Human Diet**. Oxford: Oxford University Press, 2007.

BUSNELLO, F. M. **Aspectos nutricionais no processo do envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2007.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In CAMARANO, A. A. (Org.) **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 25-76.

CAMPBELL, Colin. Como se explica a revolução do consumidor na Inglaterra do século XVIII. In: CAMPBELL, Colin; ANDRADE, Livia (Ed.). **A ética romântica e o espírito do consumismo moderno**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D.; GONÇALVES, L. H. Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, ago. 2016.

CAMPOS, M. T. F. de S. et al. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 13, n. 3, p. 157-165, set./dez. 2000.

CAMPOS, Teresa Fialho de Souza. **Alimentação na Terceira Idade**. Portal Educação, 2008. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/farmacia/alimentacao-na-terceira-idade/582>>. Acesso em: 15 set. 2019.

CANESQUI, A. M., GARCIA, R. W. D. (Orgs.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

CARDOSO, Ciro. Marx e Engels: história e economia política. Aspectos gerais e considerações sobre um tema específico, relativo à antiguidade clássica: a circulação de mercadorias. In: CARVALHO, Alexandre Galvão (Org.). **Economia Antiga: História e Historiografia**. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2011.

CEZAR, Iêda Litwak de Andrade; SARAIVA, Joseana Maria; SANTOS, Sílvia Cavadinha Cândido; FREITAS, João Guilherme Carvalho de. Determinantes da insatisfação de usuários/as de ilpis com a qualidade da alimentação. In:

CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 5., Alagoas. **Anais eletrônicos...** Alagoas: CIEH, 2015.

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

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

CLARO, R. M.; CARMO, H. C. E.; MACHADO, F. M. S.; MONTEIRO, C. A. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. **Revista Saúde Pública**, v. 41, p. 557-564, 2007.

DAMO, Andreisa; SCHMIDT, Elisabeth Brandão. Contradições na realidade e nas representações sociais sobre a alimentação: desafios à Educação Ambiental crítico-transformadora. **Rev. Eletrônica Mestr. Educ. Ambient.**, v. 33, n. 3, p. 72-91, set./dez. 2016

DAWALIBI, N. W., GOULART, R. M. M., PREARO, L. C. Factors related to the quality of life of the elderly in programs for senior citizens. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3505-3512, 2014.

DECKMANN FLECK, E. Sobre os martírios e curas: medicina e edificação nas reduções jesuítico-guaranis (século XVII). **Estudos Ibero-Americanos**, v. 31, n. 1, p. 35-50, 2005.

DEFANTE, Lilliane Renata; NASCIMENTO, Leidy Diana Oliveira; LIMA-FILHO, Dario de Oliveira. Comportamento de consumo de alimentos de famílias de baixa renda de pequenas cidades brasileiras: o caso de Mato Grosso do Sul. **Interações**, Campo Grande, v. 16, n. 2, p. 265-276, dez. 2015.

DEININGER, Jürgen. A teoria econômica dos Estados antigos: a questão do capitalismo na Antiguidade na visão de Weber. **Tempo Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, 2012.

DIAMOND, Jared. The Worst Mistake in the History of the Human Race. **Discover Magazine**, p. 64-66, mai. 1987.

DIAS, Marly de Jesus Sá; AZEVEDO, Leila Moraes Nogueira; SILVA, Leida Cabral Nascimento da; SOUZA, Francisca Thamires Lima de. Violência simbólica contra mulher idosa nas relações de gênero. **Revista Interdisciplinar em Cultura e Sociedade** (RICS), São Luís, v. 4, número especial, jul./dez. 2018.

ENGELS, Friedrich. Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem. In: ENGELS, Friedrich; MARX, Karl (Orgs.) **Obras escolhidas**. São Paulo: Alfa-Omega, 1999.

FABRÍCIO, Tamires Carolina Marques. **Representações sociais de idosos/as usuários/as de ILPIS acerca dos fatores que afetam a qualidade do consumo coletivo de produtos e de serviços**. 2017. 132 f. Dissertação (Mestrado em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social) – Departamento de Economia Doméstica, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2017.

FARBER, Sonia. Envelhecimento do corpo: noções díspares nas mídias atuais. **Revista Comunicação e Sociedade**, Portugal, v. 21, p. 123-133, 2012.

FARIA, Lina; SANTOS, Luiz Antônio de Castro. Sense of Coherence: O sentido de coerência nos caminhos do envelhecimento. In: FARIA, Lina; CALÁBRIA, Luciana; ALVES, Waneska (Orgs.). **Envelhecimento: um olhar interdisciplinar**. São Paulo: Hucitec, 2016.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil**. São Paulo: Edusp, 1999.

FAZZIO, DMG. Envelhecimento e qualidade de vida: uma abordagem nutricional e alimentar. **Revisa**, v. 1, n. 1, p. 76-88, 2012.

FELIPE, M. R. **Atenção alimentar e nutricional a turistas idosos: um estudo da rede hoteleira de Balneário Camboriú/SC**. 2006. 136 f. Tese (Doutorado em Turismo e Hotelaria) – Programa de Pós-graduação do Centro de Educação de Balneário Camboriú, Universidade do Vale do Itajaí, Balneário Camboriú, 2006.

FERRAZ, Izabela Aparecida Rodrigues. **Perfil alimentar de mulheres de baixa renda com excesso de peso/obesidade**. 2013. 151 f. Dissertação (Mestrado em Medicina e Saúde Humana) - Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2013.

FERREIRA, Vanessa Alves; MAGALHÃES, Rosana. Obesidade no Brasil: tendências atuais. **Revista Portuguesa De Saúde Pública**, v. 24, n. 2, jul./dez. 2006.

FIGUEROA, Dixis. Padrões Alimentares: da teoria à prática – o caso do Brasil. Mneme. **Revista Virtual de Humanidades**, n. 9, v. 3, jan./mar. 2004.

FLANDRIN, Jean-Louis; MONTARINI, Massimo. **História da Alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

FRANCO JÚNIOR, Hilário. **A Idade Média**: o nascimento do ocidente. São Paulo: Brasiliense, 2001.

FRANCO JÚNIOR, Hilário. **O feudalismo**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

FREITAS, A. M. P. et al. Listas de alimentos relacionadas ao consumo alimentar de um grupo de idosos: análises e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 1, p. 161-177, 2011.

FREITAS, M. C. S.; MINAYO, M. C. S.; FONTES, G. A. V. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. **Cienc Saúde Col.**, v. 16, n. 1, p. 31-38, 2011.

FREIXA, D.; CHAVES, G. **Gastronomia no Brasil e no Mundo**. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 2009.

GADOTTI, Moacir. **Marx**: transformar o mundo. São Paulo: FTD, 1991.

GIMENO, Sueley Godoy et al. Padrões de consumo de alimentos e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: Projeto OBEDIARP **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011.

GOMES, Ana Paula; SOARES, Ana Luiza Gonçalves; GONCALVES, Helen. Baixa qualidade da dieta de idosos: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3417-3428, nov. 2016.

GOMES, Eduardo Biacchi; REIS, Tarcísio Hardman (Org.). **Globalização e o Comércio Internacional no Direito da Integração**. São Paulo: LEX Editora, 2005.

GONÇALVES, N. A. et al. Rotulagem de alimentos e consumidor. **Nutrição Brasil**, v. 14, n. 4, 2015.

HEITOR, Sara Franco Diniz; RODRIGUES, Leiner Resende; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Prevalência da adequação à alimentação saudável de idosos residentes em zona rural. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 79-88, mar. 2013 .

HUBERMAN, Leo. **História da riqueza do Homem**. São Paulo: ZAHAR Editores, 1981.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009** – POF. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro; 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2010.

JAIME, Patrícia Constante et al. Fatores associados ao consumo de frutas e hortaliças no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 57-64, nov. 2009. Suplemento.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, 2003. Suplemento.

KLOTZ-SILVA, J. **Hábitos alimentares e comportamento alimentar**: do que estamos falando? 2015. 75 f. Tese (Doutorado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

KLOTZ-SILVA, Juliana; PRADO, Shirley Donizete; SEIXAS, Cristiane Marques. A força do "hábito alimentar": referências conceituais para o campo da Alimentação e Nutrição. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1065-1085, dez. 2017 .

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida aspectos conceituais. **Rev Salus**, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 13-15, 2007.

KRAEMER, Fabiana Bom; PRADO, Shirley Donizete; FERREIRA, Francisco Romão; CARVALHO, Maria Claudia Veiga Soares de. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. **Physis**, v. 24, n. 4, p. 1337-1360, 2014.

KUWAE, Christiane Ayumi et al. Concepções de alimentação saudável entre idosos na Universidade Aberta da Terceira Idade da UERJ: normas nutricionais, normas do corpo e normas do cotidiano. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 621-630, set. 2015.

LEAKEY, Richard. **A origem da espécie humana**. Rio de Janeiro. Rocco, 1997.

LEAL, M. L. S. **A história da gastronomia**. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 1998.

LEITE, Marinês Tambara; PAI, Sandra Dal; QUINTANA, Julia de Moura; COSTA, Marta Cocco da. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. **J. Res. Fundam. Care.**, v. 7, n. 2, p. 2263-2276, abr./jun. 2015.

LEVY, Renata Bezatti et al. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil 2008-2009. **Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 6-15, 2012.

LIRA, Bruno Carneiro. **O passo a passo do trabalho científico**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

LODY, R. **Brasil bom de boca: temas da antropologia da alimentação**. São Paulo: SENAC, 2008.

LOUZADA, M. L. C. et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 38, 2015.

MAIA, Fabricio Simplício; SANTOS, João B. de S. S. Contexto, produto e consumidores: como se caracteriza os hábitos alimentares dos idosos. In: CONGRESSO VIRTUAL BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO, 6. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <http://www.convibrA.C.om.br/2009/artigos/208_0.pdf>. Acesso em: 15 set. 2019.

MALTA, M. B. et al. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista – aplicação do Índice de Alimentação Saudável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 377-384, 2013.

MALUF, Renato S.; MENEZES, Francisco; VALENTE, Flávio L. Contribuição do tema da Segurança Alimentar no Brasil. **Revista Cadernos de Debate**, v. 4, p. 66-88, 1996.

MALUF, R., MENEZES, F. e MARQUES, S. **Montpelier**: Fondation Charles Léopold Mayer pour le Progrès de l'Homme, Red Agriculturas Campesinas, Sociedades y Globalización (APM). São Paulo, editora: Instituto Polis, 2001.

MANDEL, Ernest. A expansão do Setor de Serviços, a “Sociedade de Consumo” e a Realização da Mais-Valia. In: MANDEL, Ernest. **Capitalismo Tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MANDEL, Ernest. **Tratado de economia marxista**. México: Era, 1977.

MANIGLIA, E. **As interfaces do direito agrário e dos direitos humanos e a segurança alimentar**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

MARCHI NETTO, F. L. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. **Pensar Prát**, v. 7, p. 75-84, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article/viewFile/67/66>>. Acesso em: 15 set. 2019.

MARI, F. R. et al. The aging process and health: what middle-aged people think of the issue. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 35-44, 2016.

MARTINS, Ana Paula Bortoletto et al. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 656-665, 2013.

MARTINS, C. R.; ALBUQUERQUE, F. J. B.; GOUVEIA, C. N. N. A., RODRIGUES, C. F. F.; NEVES, M. T. S. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. **Est Interdisc Envelhec**, v. 11, p. 135-154, 2007.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia alemã**: teses sobre Feuerbach. São Paulo: Moraes, 1984.

MAUÉS, C. R.; PASCHOAL, S. M. P.; JALUUL, O.; FRANÇA, C. C.; JACOB, Filho W. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. **Rev Bras Clin Med.**, v. 8, n. 5, p. 405-410, 2010.

MENDONÇA, P. S. M; RELVAS, K.; CORREA, S. R. A. Estudo do comportamento alimentar de consumidores idosos no Brasil: alimentos preferidos, perfil do consumidor e contexto de consumo. **Rev. Ciênc. Admin.**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 529-543, jul./dez. 2010.

MENEZES, M. F. G.; TAVARES, E. L.; SANTOS, D. M.; TARGUETA, C. L.; PRADO, S. D. Alimentação saudável na experiência de idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 13, n. 2, p. 267-275, 2010.

MINAYO, M. C. COIMBRA Jr, C. E. A. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de S. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de S. Violência contra idosos. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE DIREITOS DO IDOSO, 1., Brasília. Eixos temáticos: Rede de Proteção ao Idoso. **Anais...** Brasília: Secretaria Nacional de Direitos Humanos, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Problemas de saúde e vulnerabilidade da população idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 7-18, 2017.

MINAYO, Maria Cecília. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MONTEIRO C. A; Conde, W. L.; POPKIN, B. M. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. **Am J Public Health**,v. 97, p. 1808-1812, 2007.

MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 7-20, 2003.

MONTEIRO, C. A. et al. Health, nutrition and social class: the empirical link demonstrated. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, v. 23, p. 422-8, 1989.

MONTEIRO, C. A. et al. Saúde, nutrição e classes sociais: onexo empírico evidenciado em um grande centro urbano, Brasil. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 23, p. 422-8, 1989.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; POPKIN, B. M. A obesidade está substituindo ou contribuindo para a desnutrição? Evidências de diferentes classes sociais no Brasil. **Nutrição em Saúde Pública**, v. 5, n. 1, 2002, p. 105-112.

MONTEIRO, Carlos Augusto; MONDINI, Lenise; COSTA, Renata B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 251-258, 2000.

MONTEIRO, J. S. **Educação Nutricional e Ecologia por uma Cultura de Paz**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2012.

MORATOYA, Elsie Estela et al. Mudanças no padrão de consumo alimentar no Brasil e no mundo. **Revista de Política Agrícola**, ano XXII, n. 1, jan./fev./mar. 2013.

MOREIRA, Marilda da Silva. Qualidade de Vida: Expressões Subjetivas e Histórico-Sociais. **Serviço Social em Revista**, v. 9, n. 1, p. 1-7, jul./dez. 2006.

MOSCOVICI, Serge. On social representations. In: FORGAS, J. P. (Org.). **Social cognition**. Perspectives on everyday understanding. Nova York: Academic Press, 1981. p. 181- 209.

MOSCOVICI. Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOTA, Myriam Beecho. **História**: das cavernas ao Terceiro Milênio. São Paulo: Moderna. 1997.

MOTTA, G. La historia, la comida, la salud. Un vínculo siempre más estrecho entre alimentación y medicina. **Med. segur. trab.**, v. 56, n. 218, p. 93-99, mar. 2010.

MUNIZ, Tatiana da Silva; BARROS, Albani. O trabalhador idoso no mercado de trabalho do capitalismo contemporâneo. **Ciências humanas e sociais**, Maceió, v. 2, n. 1, p. 103-116, mai. 2014.

NASCIMENTO, C. et al. Conhecimento de consumidores idosos sobre rotulagem de alimentos. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, ano III, v. 3, n. 4, 2013.

NAVARRO, Roberto. Como o homem caçava e se alimentava na pré-história? **Revista Super Interessante**. São Paulo: Abril, 2011.

NERI, A. L. (Org.). **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Átomo-Alínea, 2006.

NERI, A. L. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo e Edições SESC. 2007.

NOGUEIRA, F. A. M; SICHIERI R. Associação entre consumo de refrigerantes, sucos e leite, com o índice de massa corporal em escolares da rede pública de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2715-2724, dez. 2009.

NOGUÉS, R. Factors que afectan la ingesta de nutrientes en el anciano y que condicionan su correcta nutrición. **Nutrición Clínica**, v. 15, n. 2, p. 39-44, 1995.

OLIVEIRA, Silvana P. de; THEBAUD-MONY, Annie. Estudo do consumo alimentar: em busca de uma abordagem multidisciplinar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 201-208, abr. 1997.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Dieta saudável** - Ficha nº 394. 2015. Disponível em: <<http://who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>>. Acesso em: 16 set. 2019.

PAPALIA, D., OLDS, S. & FELDMAN, R. **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PASCAL, A. **Prendre la Perspective de la Mort comme Appui de la Démarche d'Accompagnement de la Dernière Étape de la Vie en EHPAD'**, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. Rennes: Bretagne. 2003.

PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi et al. Percepção dos idosos sobre qualidade de vida. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 23, n. 1, p. 101-107, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2019.

PEDRAZA, Dixis Figueroa. Padrões Alimentares: da teoria à prática – o caso do Brasil. **Mneme** – Revista Virtual de Humanidades, v. 3, n. 9, jan./mar. 2004. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/184>>. Acesso em: 16 set. 2019.

PEDRO, Antonio. **História Geral**: compacto, 2º grau. São Paulo: FTD, 1995.

PEDROCCO, G. A Indústria Alimentar e as novas Técnicas de conservação. In: FLANDRIN, Jean-Louis; MONTARINI, Massimo (Orgs.). **História da Alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

PINHEIRO, Anelise R. de O. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. **Saúde em Debate**, v. 29, n. 70, p. 125-139, mai./ago. 2005.

PITAS, A. M. C. S. **Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável**. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Porto Alegre, 2010.

POPKIN, B. M. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 84, n. 2, p. 289-298, 2006.

POPKIN, B. M. The Nutrition Transition and Obesity in the Developing World. **The Journal of Nutrition**, v. 131, n. 3, p. 871-873, 2001.

PORCIÚNCULA, R. D. C. R. D.; CARVALHO, E. F. de; BARRETO, K. M. L.; LEITE, V. M. M. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2014.

POULAIN, Jean-Pierre. **Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2004.

QUAIOTI, T. C.; ALMEIDA, S. S. Psychobiological determinants of food behavior: an emphasis on environmental factors contributing to obesity. **Psicol USP**, v. 17, p. 193-211, 2006.

RACINE, Elisabetta; RADAELLI, Patrícia. **Alimentação e cultura**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

READ, Piers Paul. **Os Templários**. Rio de Janeiro: Imago, 2001.

REINHARDT, Juliana Cristina. **O pão nosso de cada dia**: A Padaria América e o pão das gerações curitibanas. 2002. Dissertação (mestrado) - Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2002.

REZENDE, J. M. **À sombra do plátano**: crônicas de história da medicina. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 2009.

RODRIGUES, V. M.; FIATES, G. M. R. Hábitos alimentares e comportamento de consumo infantil: influência da renda familiar e do hábito de assistir à televisão. **Rev Nutr.**, v. 25, n. 3, p. 353-362, 2012.

ROSA, Carlos Augusto de Proença. **História da ciência**: da antiguidade ao renascimento científico. Brasília: FUNAC, 2012.

SANTOS, Carlos Roberto A. dos. **O direito à alimentação**: alimentação, saúde e doença na história. (Palestra proferida na abertura do Congresso sobre o Dia Mundial da Alimentação, Centro Tecnológico, UFPR, 16/10/2007). Disponível em: <<http://www.historiadaalimentacao.ufpr.br/artigos/artigo013.html>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

SANTOS, Carlos Roberto Antunes dos. A alimentação e seu lugar na História: os tempos da memória gustativa. **História: Questões & Debates**, Curitiba, n. 42, p. 11-31, 2005.

SANTOS, J. P.; PAES, N. A. Envelhecimento demográfico e fatores explicativos da mortalidade dos homens idosos da região Nordeste do Brasil. In: CONGRESSO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGIA, 29., 2013. **Anais eletrônicos...** Santiago: ALAS, 2013. Santiago: ALAS; 2013. Disponível

em: <http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT9/GT9_PereiraJAntunesN.pdf>. Acesso em: 16 set. 2019.

SANTOS, Sílvia Cavadinha Cândido dos. **Envelhecimento e qualidade de vida na sociedade de consumo**. 2017. 187 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Economia Doméstica, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2017.

SARAIVA, Joseana Maria. **A lógica do capital e do Estado na provisão dos meios de consumo coletivo**: uma experiência de responsabilidade social no campo da assistência à criança. Recife: Editora UFPE, 2015.

SARAIVA, Joseana Maria. **Perfil do trabalhador do setor de nutrição e saúde de creches públicas da cidade do Recife – PE**. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1999.

SARAIVA, Joseana, Maria. Formação de hábitos alimentares na infância. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ECONOMIA DOMÉSTICA, 11., Recife, 2011. **Anais eletrônicos...** Recife, 2011.

SARTORI, Alan Giovanini de Oliveira. A influência do marketing aplicado à indústria de alimentos sobre o estado nutricional e o comportamento alimentar no Brasil: uma revisão. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 20, n. 2, p. 309-319, 2013.

SCHACHTER-SHALOMI, Z.; MILLER, R. S. **Mais velhos, mais sábios**: uma visão nova e profunda da arte de envelhecer. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

SCHEIDT, Alicia; LIBERALI, Rafaela; NAVARRO, Francisco. Prevalência de obesidade na terceira idade. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v.3, n.15, p.234-240, mai./jun. 2009.

SCHLINDWEIN, M. M.; KASSOUF, A. L. Mudanças no padrão de consumo de alimentos tempo-intensivos e de alimentos poupadores de tempo, por região do Brasil. In: SILVEIRA, F. G. et al. (Org.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2007. p. 423-462.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO S. M. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, Londres, número especial, p. 61-74, 2011.

SILVA, Ana Luísa Maresch Rosa da. **A importância da alimentação no envelhecimento saudável e na longevidade**: artigo de revisão. 61 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2013.

SILVA, C. L. A. da et al. Mudanças no estado nutricional e suas condições de risco para o idoso. In: FARIA, L; CALABRIA, L; ALVES, W. **Envelhecimento**: um olhar interdisciplinar. São Paulo: Hucitec, 2016.

SILVA, Mônica G. da. **Representações sociais de gestores públicos e atores sociais sobre a política de segurança alimentar e nutricional como meio de consumo coletivo**. 2016. 130 f. Dissertação (Mestrado em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social) – Departamento de Economia Doméstica, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife. 2016.

SLOAN, Donald (Org.). **Gastronomia, restaurantes e comportamento do consumidor**. Barueri: Manole, 2005.

SOUZA, Jacqueline Danesio et al. Padrão alimentar de idosos: caracterização e associação com aspectos socioeconômicos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2016.

SOUZA, Luís; NUNES, Manuel; GONÇALVES, Carlos. O vinho na antiguidade clássica: Alguns apontamentos sobre Lousada. **Oppidum**, n. 1, p. 69-85, 2006.

SUREMAIN, Charles-Édouard de; KATZ, Esther. Introdução: Modelos alimentares e recomposições sociais na América Latina. **Anthropology of food** [Online], 2009. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/aof/6433>>. Acesso em: 17 set. 2019.

TADEI, José A. de A. C. et al. **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Rubio, 2016.

TEIXEIRA, Solange Maria; RODRIGUES, Vanessa da Silva. Modelos de família entre idosos: as famílias restritas ou extensas? **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 239-253, ago. 2009.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

TRENTINI, C. M. **Qualidade de vida em idosos**. Tese (Doutorado em Psicologia) -

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

VEBLEN, Thorstein. **A teoria da classe ociosa**: um estudo econômico das instituições. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

VECCHIA, Roberta Dalla et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, set. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2019.

VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 9-224

VIANA, Victor. Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 20, n. 4, p. 611-624, nov. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases, 2010**. Geneva: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 2003**. 2003. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf>. Acesso em: 18 set. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001.



APÊNDICE A – Roteiro para entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DOMÉSTICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONSUMO, COTIDIANO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL –
PGCDS

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

BLOCO I

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA

Formulário Nº: _____

1. Nome: _____

2. Endereço: _____

3. Telefones: _____

4. E-mail: _____

5. Data da Entrevista: ____/____/____

BLOCO II

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA-DEMOGRÁFICO E CULTURAL DOS (AS) IDOSOS (AS) PARTICIPANTES DA PESQUISA.

1. Idade: _____.

2. Sexo: M (); F ()

3. Estado Civil: () Solteiro/a; () Casado; () Companheiro/a; () Divorciado/a; ()
Separado/a () Viúvo/a; ()
outro? _____.

4. Tem Filhos? Sim (). Quantos? () Não ()

5. Escolaridade - Estudou? Sim () Não (). Se sim, até que
série _____.
No caso superior especificar
curso: _____.

6. Trabalha? Sim () Não (). Se sim, onde? _____ . Se não, porquê?
_____.

7. Possui renda? Sim () Não () - Se sim, de onde
provém? _____ . Qual o valor
R\$? _____.

8. Faz Trabalho Voluntário? Sim () Não () - Se sim, onde?_____. Ganha alguma renda por isso? Sim () Não (). Se sim, quanto R\$? _____.

9. Qual a renda familiar líquida?_____. Quantas pessoas compõe essa renda?_____. Quem são?_____.

10. Quantas pessoas moram com você? _____. Quem são essas pessoas? _____.

11. Qual a condição de ocupação da sua moradia? _____. Obs. Aluguel, próprio, quitado, não quitado, invasão, outros.

12. Qual a sua Religião?_____.

BLOCO III

IDENTIFICAR AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS/AS IDOSOS/AS DAS CLASSES SOCIAIS PESQUISADAS SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

1. O que é saúde para você?

2. Para você, existe uma relação entre alimentação e saúde? () Sim () Não. Por quê?

3. O que é uma alimentação saudável para você?

4. Você considera sua alimentação saudável? () Sim () Não. Por quê?

5. Você estabelece relação entre sua alimentação e seu estado de saúde? () Sim () Não. Por quê?

6. Você relaciona algum problema de saúde com a sua alimentação? () Sim () Não. Qual(is)?

7. Você se preocupa com a qualidade dos alimentos que compra? () Sim () Não. Se sim, o que considera?

8. Onde você compra os alimentos consumidos por você e sua família?

9. Quanto da sua renda, em média, você destina a compra de alimentos mensalmente?

10. Para você existe(m) fator(es) que interferem na compra dos alimentos consumidos por você e sua família? () Sim () Não. Por quê?

11. Você se preocupa com o preparo dos alimentos em sua residência? () Sim () Não. Se sim, o que considera?

BLOCO IV

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS/AS IDOSOS/AS DAS CLASSES SOCIAIS PESQUISADAS SOBRE A RELAÇÃO ENTRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E QUALIDADE DE VIDA VERSUS PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

1. Você já ouviu falar sobre o termo qualidade? () Sim () Não. O que significa para você?

2. A partir do seu entendimento, você tem qualidade de vida? () Sim () Não. Por quê?

3. Como você avalia a sua qualidade de vida?

4. Qual a relação entre alimentação e qualidade de vida?

5. Você acha que sua alimentação traz qualidade de vida? () Sim () Não. Por quê?

6. Para você, o que seria se alimentar com qualidade?

7. Existem fatores que contribuem ou atrapalham sua alimentação com qualidade? () Sim () Não. Quais são eles?

8. Para você, o que é envelhecimento?

9. Você acha que sua idade interfere em sua alimentação? () Sim () Não. Por quê?

10. Você tem autonomia para escolher sua alimentação? () Sim () Não. Por quê?

11. Durante a sua vida você obteve algum tipo de conhecimento científico sobre alimentação saudável? () Sim () Não. Se sim, através de que?

BLOCO V

IDENTIFICAR OS HÁBITOS ALIMENTARES DOS/AS IDOSOS/AS

1. Você sabe o que significa o termo hábitos? () Sim () Não. Se sim, o que significa?

2. Você sabe o que significa hábitos alimentares? () Sim () Não. Se sim, o que significa?

3. No seu entendimento o que seria hábitos alimentares saudáveis?

4. Fale um pouco sobre os seus hábitos alimentares durante:

• Infância: _____

• Adolescência: _____

• Adulto: _____

- Atualmente: _____

5. No seu entendimento seus hábitos alimentares estão relacionados à que?

BLOCO VI

IDENTIFICAR AS PRÁTICAS DE CONSUMO ALIMENTAR DOS/AS IDOSOS/AS

1. O que você entende sobre os termos:

- Alimentação

- Nutrição

2. Quantas refeições você faz ao longo do dia? Quais?

3. Onde você costuma fazer suas refeições diárias?

- Café da manhã _____
- Lanche _____
- Almoço _____
- Lanche _____
- Jantar _____
- Ceia _____

4. Com qual frequência você consome os seguintes alimentos?

| Alimentos | Menos que 1 vez na semana | 1 vez na semana | 2-3 vezes na semana | 4-6 vezes na semana | Todo dia |
|-------------------------------|---------------------------|-----------------|---------------------|---------------------|----------|
| Frutas. | | | | | |
| Verduras e legumes. | | | | | |
| Feijões e outras leguminosas. | | | | | |
| Arroz e outros cereais. | | | | | |
| Carnes magras, cozidas e d | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| grelhadas. | | | | | |
| Carnes com gordura aparente, embutidos e enlatados. | | | | | |
| Doces: Bolos e tortas, biscoitos recheados, chocolates, balas, sorvetes outras guloseimas. | | | | | |
| Petiscos: salgadinhos de milho, pipocas, batatas fritas oleaginosas processadas e outros petiscos. | | | | | |
| Lanches tipo fast-food: hambúrgueres, coxinhas, pastéis, rissoles e outros lanches. | | | | | |
| Refrigerantes. | | | | | |
| Sucos industrializados. | | | | | |
| Sucos naturais. | | | | | |
| Bebidas alcoólicas | | | | | |
| Raízes, cereais integrais. | | | | | |

5. Você possui alguma alergia, intolerância ou aversão alimentar? () Sim () Não. Se sim qual(is)?

6. Você possui algum(ns) problema(s) de saúde? () Sim () Não. Se sim, quais?

7. Você já modificou sua alimentação por conta de algum(ns) problema(s) de saúde? () Sim () Não. Se sim qual(is)?

8. Quais são os fatores que influenciam sua alimentação cotidiana?

9. Você consome alimento(s) em excesso? () Sim () Não. Se sim, quais?

10. Como você entende o abuso ou o excesso no consumo de alimentos?

11. Você tem algum alimento o qual tenha que consumir todo o dia? () Sim () Não. Qual?

12. Você costuma ler os rótulos dos alimentos que você consome? () Sim () Não. Por quê?

13. Você sabe a diferença entre alimentos naturais e alimentos industrializados? () Sim () Não. Se sim, explique.

14. No seu dia-a-dia você consome mais alimentos naturais ou industrializados? () Sim () Não. Por quê?

15. No momento da compra dos alimentos para o consumo, o que você considera mais importante na escolha deles? Por quê?

16. As propagandas sobre alimentos divulgadas nos meios de comunicação influenciam a compra e o consumo de alimentos? () Sim () Não. Por quê?

17. Como você avalia as suas práticas alimentares hoje?

OBSERVAÇÃO

As informações desta entrevista serão sigilosas e utilizadas, exclusivamente, para a pesquisa acadêmica deste estudo preservando na íntegra a identificação dos/as entrevistados/as.

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DOMÉSTICAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DO CONSUMO, COTIDIANO E
DESENVOLVIMENTO SOCIAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Convidamos o/a Sr/a. para participar da pesquisa **“HÁBITOS E CONSUMO ALIMENTAR NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DE IDOSOS/AS DE DIFERENTES CLASSES SOCIAIS DO RECIFE- PE”**, sob a responsabilidade do pesquisador **JOÃO GUILHERME CARVALHO DE FREITAS**, a qual pretende analisar e compreender as representações sociais dos hábitos e práticas alimentares dos/as idosos/as das diversas classes sociais e sua relação sobre envelhecimento e qualidade de vida.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista com utilização de recurso de gravação de áudio, a ser transcrito quando da análise dos dados coletados.

A participação na pesquisa não incide em riscos de qualquer espécie para os respondentes. Se você aceitar participar estará contribuindo com o aprimoramento do processo de envelhecimento com qualidade de vida, absolutamente indispensáveis ao bem-estar das pessoas idosas.

Se depois de consentir em sua participação o/a Sr/a. desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. O/a Sr/a. não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação poderá entrar em contato com o/a pesquisador/a no endereço: Universidade Federal Rural de Pernambuco-UFRPE. Rua Dom Manoel de Medeiros, s/n, Dois Irmãos – CEP: 52171-090-Recife/PE pelo telefone (81) 3320.6534.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, declaro para os devidos fins que fui informado/a e orientado/a, de forma clara e detalhada quanto aos objetivos da PESQUISA: **HÁBITOS E CONSUMO ALIMENTAR NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DE IDOSOS/AS DE DIFERENTES CLASSES SOCIAIS DO RECIFE- PE**, que está sendo realizada para fins acadêmicos de aluno do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social da Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE. Assim, concordo espontaneamente dela participar, uma vez que foi garantido o meu anonimato e cedo os direitos da minha entrevista, escrita e gravada, para ser usada, integralmente ou em parte, sem restrições de prazos e citações, ficando vinculado o controle a quem tiver a guarda da mesma.

Assinatura do/a participante

Assinatura da pesquisador

Local:

Data: / /