

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC/SP

**Considerações sobre memória afetiva alimentar
na orientação dietética para o idoso**

Tânia Rodrigues dos Santos

Mestrado em Gerontologia

São Paulo

2018

Tânia Rodrigues dos Santos

**Considerações sobre memória afetiva alimentar
na orientação dietética para o idoso**

Mestrado em Gerontologia

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Gerontologia, inserida na área de concentração Gerontologia Social, linha de pesquisa Gerontologia: Processos Político-Institucionais e Práticas Sociais do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, vinculado à FACHS-Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Prof.a Dra. Suzana Carielo Fonseca.

SÃO PAULO

2018

Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Suzana Carielo Fonseca por abraçar a temática do meu estudo e pela incursão no mundo da nutrição com profunda dedicação, no intuito de explorar o meu melhor e acrescentar os seus saberes na minha vida profissional, minha gratidão.

Aos coordenadores, professores e demais funcionários do Departamento de Gerontologia pela verdadeira devoção na multiplicação dos conhecimentos sobre a velhice, muito obrigada pela disposição.

Aos colegas que passaram pelo curso, agradeço a riqueza das discussões, a diversidade de culturas e profissões, as conversas animadas e o incentivo coletivo.

Obrigada Rafael, por ultrapassar a função de secretaria e auxiliar em todas as dúvidas com tanta complacência.

Sou muito grata, Liane, por atender aos meus pedidos de urgência na normatização das minhas ideias e torná-las reais.

Ana Beatriz, Gabriela e Nadine, que são mais do que nutricionistas da minha Equipe, são imprescindíveis na realização dos meus planos de estudo e de ensino. Obrigada por todas as ajudas científicas e troca de conhecimentos.

E não posso deixar de agradecer a Heloisa, minha sócia, que há mais de 20 anos divide tarefas e planos da nossa Clínica e não só me motivou a concluir esta etapa, como entendeu minha ausência.

DEDICATÓRIA

Ao meu pai (*in memorian*) que viveu a velhice com alegria e generosidade.

À minha mãe que me ensina resiliência a cada dia.

À minha sogra (*in memorian*) que carinhosamente me apresentou a velhice ativa e me provou que a demência estimula a linguagem do amor.

Aos meus amados filhos Tamara, Lígia e Lucas, meus propósitos vitais, que tanto me fortalecem e alegram com suas conquistas e afeto.

Ao meu amor, Ronaldo, cuja participação na minha formação profissional, companhia de todas as aventuras da vida e cumplicidade imensurável no processo do nosso envelhecimento, me motiva à novos planos a cada dia.

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Estrutura relativa da população, por sexo e idade	29
Gráfico 2 - Pirâmides Etárias	30
Gráfico 3 - Evolução de peso corporal do Sr. Francisco durante o tratamento nutricional.....	96

Lista de Siglas

AMDR	- Acceptable Macronutrient Distribution Range
CONSEA	- Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CPAP	- Continuous positive airway pressure (pressão positiva contínua das vias aéreas)
DCNT	- Doenças Crônicas não transmissíveis
DEXA	- Dual-Energy X-Ray Absorptiometry
FOS	- Fruto-oligossacarídeo
HDL	- High Density Lipoproteins
IMC	- Índice de Massa Corpórea
IPGG	- Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia
IPHAN	- Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
IRA	- Insuficiência Renal Aguda
LDL	- Low Density Lipoproteins
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONG	- Organização não governamental
Ph	- Potencial (ou potência) hidrogeniônico
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PNSN	- Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PROMISS	- PREvention Of Malnutrition In Senior Subjects / Prevenção da desnutrição em idosos na Europa
SABE	- Saúde, bem-estar e envelhecimento
SAPS	- Serviço de Alimentação da Previdência Social
SBN	- Sociedade Brasileira de Nefrologia
SISAN	- Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	- Sistema Único de Saúde
UERJ	- Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFRJ	- Universidade Federal do Rio de Janeiro
VIGITEL	- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
WHO	- World Health Organization

[...] quando, por um dia inverno, ao voltar para casa, vendo minha mãe que eu tinha frio, ofereceu-me chá, coisa que era contra os meus hábitos. À princípio recusei, mas, não sei por que, terminei aceitando. Ela mandou buscar um desses bolinhos pequenos e cheios chamada madalenas e que parecem moldados na vala estriada de uma concha de São Tiago. Em breve, maquinalmente, acabrunhado com aquele triste dia e a perspectiva de mais um dia tão sombrio como o primeiro, levei aos lábios uma colherada de chá onde deixara amolecer um pedaço de Madalena.

Mas no mesmo instante em que aquele gole, de envolta com as migalhas do bolo, tocou o meu paladar, estremeci, atento ao que se passava de extraordinário em mim. Invadira-me um prazer delicioso, isolado, sem noção da sua causa. Esse prazer logo me tornara indiferentes as vicissitudes da vida, inofensivos os seus desastres, ilusória a sua brevidade, tal como o faz o amor, enchendo-me de uma preciosa essência: ou antes, essa essência não estava em mim; era eu mesmo. Cessava de me sentir medíocre, contingente, mortal. [...] (PROUST, 2006, p. 71).

RESUMO

SANTOS, Tânia Rodrigues. **Considerações sobre memória afetiva alimentar na orientação dietética para o idoso.** Dissertação de Mestrado (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia Social). São Paulo, 2018, 162 páginas.

Esta dissertação coloca em tela de discussão a relação entre processo de envelhecimento, velhice e memória afetiva alimentar, tornando-a como eixo norteador de condutas clínicas no campo da Nutrição. O foco na orientação dietética para o idoso, trouxe à luz questões e encaminhamentos pertinentes à construção de hábitos alimentares saudáveis, tendo como base o reconhecimento de que: eles ultrapassam a dimensão da necessidade, estão atrelados ao prazer e têm forte ligação etnográfica com o ambiente familiar e social.

O tema é relevante, não apenas porque vivemos um tempo em que as transições, demográfica e nutricional, impactam hábitos e condições de saúde da população, mas também porque diz respeito a uma conquista que, também no plano subjetivo, reclama um viver mais e com mais qualidade. Com o envelhecimento populacional e o crescimento do número de nutricionistas, torna-se necessário que esses últimos compreendam com maior profundidade os determinantes biopsicossociais do processo de envelhecimento, subvertendo a tendência dominante de adoção de um ponto de vista biológico sobre a vida e a saúde.

Nessa perspectiva, o objetivo geral deste trabalho foi o de mostrar que os hábitos alimentares dos idosos têm relação com sentimentos positivos e/ou negativos atualizados quando necessitam de uma orientação dietética. Por sua vez, os seus objetivos específicos foram: (1) revisar a literatura pertinente ao tema procurando identificar se e de que modo problematizam a relação afetiva, social e cultural de idosos com os alimentos que ingerem; (2) refletir sobre as condutas

alimentares preconizadas nas Diretrizes Médicas (tomadas muitas vezes como referência no campo) e a sua relação com os conceitos de envelhecimento ativo e integralidade no cuidado e (3) destacar a importância, para os profissionais nutricionistas, de se adotar uma escuta subjetivamente orientada para os pacientes idosos, assegurando-lhes uma conduta nutricional adequada.

Do ponto de vista metodológico, esta Dissertação contou com uma revisão bibliográfica sobre temas pertinentes à reflexão (o que se encontra nos dois capítulos iniciais) e com um Estudo de Caso Clínico, entendido como campo fértil para trazer à luz a prática de um nutricionista e as questões que lhe são suscitadas pelo atendimento de idosos. Os resultados obtidos no Estudo de Caso permitiram refletir sobre impasses enfrentados no exercício clínico, o que, do meu ponto de vista, pode contribuir não apenas para meu aprimoramento profissional, como também com a formação de novos nutricionistas, já que permitiu concluir que a efetiva orientação dietética de idosos deve ser suportada por uma escuta de fatos e de memórias alimentares que possam instruir condutas e aumentar sua adesão à dieta.

Palavras-chave: Gerontologia; Alimentação; Nutrição do Idoso; Cultura Alimentar; Memória Afetiva Alimentar

ABSTRACT

SANTOS, Tânia Rodrigues. **Dietary affective memory considerations in dietary guidance for the elderly.** Master thesis (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – postgraduate program in Social Gerontology). São Paulo, 2016, 162 pages.

This thesis discusses the relationship between the aging process, old age and alimentary affective memory, making it the guiding axis of clinical practices in the field of Nutrition. The dietary guidance focus for the elderly has brought to light issues and referrals pertinent to the construction of healthy eating habits, based on the recognition that: they exceed the dimension of need, are linked to pleasure and have a strong ethnographic connection with family and social environment.

The theme is relevant, not only because we live in a time when the demographic and nutritional transitions impact the habits and health conditions of the population, but also because it refers to an achievement that, as well as in the subjective plane, demands to live more time and with more quality. With aging of the population and the growth of the number of nutritionists/ dietitians, it becomes more necessary that the latter understand in greater depth the biopsychosocial determinants of the aging process, subverting the dominant tendency to adopt a biological point of view on life and health.

In this perspective, the general objective of this work was to show that the eating habits of the elderly are related to positive and / or negative feelings updated when they need a dietary guidance. In turn, its specific objectives were: (1) to review the pertinent literature in order to identify if and how elderly problematize the affective, social and cultural relationship with the foods they eat; (2) to reflect on the dietary behavior recommended in the Medical Guidelines (often taken as reference in the field) and their relationship with the concepts of active aging and integrality in care; and (3) to emphasize the importance for nutritionists/ dietitians, of the adoption

of subjectively oriented listening for elderly patients, assuring them adequate nutritional management.

From a methodological point of view, this thesis was composed by a literature review on relevant topics to reflection (which can be found in the two initial chapters) and a Clinical Case Study, understood as a fertile field to bring to light the practice of a nutritionist/ dietitian and the issues raised by the care of the elderly. The results obtained in the Case Study allowed us to reflect on the impasses faced in the clinical exercise, which, from my point of view, can contribute not only to my professional improvement, but also to the formation of new nutritionists/ dietitians, since it allowed to conclude that the effective dietary guidance of the elderly should be supported by a listening of facts and food memories that can instruct behaviors and increase their adherence to diet.

Keywords: Gerontology; Food; Nutrition of the Elderly; Food Culture; Affective Food Memory

Sumário

INTRODUÇÃO	13
Nascer, crescer, envelhecer...	13
CAPÍTULO 1	23
Envelhecimento e velhice: sobre alimentação e qualidade de vida	23
1.1 As múltiplas faces do processo de envelhecimento e da velhice.....	23
1.1.1 O envelhecimento populacional no Brasil	27
1.2 Sobre qualidade de vida na velhice: a articulação entre bem-estar e alimentação saudável	32
1.3 Breve história sobre a constituição do campo da Nutrição e sua atuação junto a sujeitos idosos.....	45
CAPÍTULO 2	56
Memória afetiva alimentar: do polo da necessidade à esfera do desejo.....	56
2.1 Comida e Cultura	59
2.1.1 A comida brasileira	64
2.1 Comida da família	72
2.3 Comida sagrada.....	77
2.3.1 Adventismo	78
2.3.2 Budismo	78
2.3.3 Candomblé	79
2.3.4 Catolicismo	79
2.3.5 Hinduísmo.....	80
2.3.6 Islamismo.....	81
2.3.7Judaísmo	81
2.4 Comensalidade, Etnonutrição e a clínica com idosos	83
CAPÍTULO 3	91
Prescrições e receitas à mesa	91
3.1 Planejamento do Estudo de caso.....	93
3.2 Na consulta: o dizer e o silenciar	95
3.2.1 As primeiras consultas.....	96
3.2.2 Seis anos depois.....	104
3.2.3 Dieta e regime alimentar	115

3.3. Sabor e saúde.....	123
3.3.1 Entrevendo escolhas alimentares nos enunciados narrativos do Sr. Francisco	130
CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142

INTRODUÇÃO

A velhice não é um fato estático; é o resultado e o prolongamento de um processo. Em que consiste este processo? Em outras palavras, o que é envelhecer? Esta ideia está ligada à ideia de mudança. Mas a vida do embrião, do recém-nascido, da criança, é uma mudança contínua. Caberia concluir daí, como fizeram alguns, que nossa existência é uma morte lenta? É evidente que não. Semelhante paradoxo desconhece a verdade essencial da vida: ela é um sistema instável no qual se perde e se reconquista o equilíbrio a cada instante; a inércia é que é o sinônimo de morte. A lei da vida é mudar (BEAUVOIR, 1990, p. 17).

Nascer, crescer, envelhecer...

Faço parte do chamado *Baby boom*, referência genérica para crianças nascidas durante uma explosão populacional, no fim da década de 50 e início da década de 60 (IBOPE, 2010). Minha geração foi marcada por muitas revoluções políticas, sociais e comportamentais, o que incluiu jovens imbuídos do desejo de mudar o mundo. Agora, esta geração envelhecida, mesmo que não voluntariamente, se envolve com uma revolução silenciosa: a do entendimento sobre a velhice.

Chego à maturidade, próxima dos sessenta anos, com novas reflexões sobre a vida, não só sobre a minha, mas a dos outros também e, como sou nutricionista, especialmente a dos meus pacientes. E esta é uma das razões pelas quais tomei a decisão de reiniciar os estudos num campo que pudesse me trazer novas

referências e me permitisse encaminhar e aprofundar uma reflexão sobre o processo de envelhecimento e a velhice.

Minha história é composta pela articulação entre fragmentos de experiências que permeiam as áreas da Saúde e da Nutrição e por um caminho repleto de desvios que me possibilitaram aplicá-los a múltiplas situações inusitadas, sempre instigada a explorar cada vez mais a intersecção entre as dimensões biológica, psicológica e social que mutuamente constituem o humano.

Na relação com meus avós, cuja proximidade só aconteceu quando já estavam muito debilitados e vivendo sua finitude, minha memória se resume à escuta curiosa de histórias que eu não conhecia (porque não vivenciadas por mim na infância), enquanto assumia com os mesmos algumas tarefas de cuidados, tais como atentar para os horários de medicação, cumprir as visitas hospitalares e, como estudante de Nutrição, responder pela orientação alimentar nas refeições preparadas pela minha mãe. Nesse tempo, já me envolvia com a questão da liberação dos desejos gastronômicos dos meus avós, mesmo levando em conta as proibições médicas. Aliás, a liberação e a busca dos alimentos para preparar as refeições desejadas por eles me causavam uma enorme alegria, tendo em vista se configurarem como possibilidade de realização concreta dos seus últimos desejos. Aliado a isso, me faziam sentir “nutricionista”, mesmo antes de completar minha formação acadêmica.

A formação como nutricionista me trouxe muitas realizações, mas devo dizer que esta não foi a minha primeira opção: nesse tempo de escolha de uma profissão, passei por várias experiências, decepções, tristezas, ansiedades e dúvidas. Mas, meu caminho estava traçado e me lembro que o primeiro livro que li e reli, quando estava me alfabetizando, era um bonito livro de capa dura, cor de vinho, com frutas em alto relevo, cujo título era “Nutrição e Vigor”. Era o meu preferido: além de fotos bonitas, tinha um texto fácil que muito me era interessava.

Não me recordo do meu peso corporal e nem era uma grande preocupação saber se nos alimentavam bem. Comíamos o que tinha na mesa: comida simples, num cardápio decidido e produzido diariamente pela minha mãe. Comia rápido o que eu não gostava e o que era de minha preferência ficava no prato, por último, esperando o momento da degustação para que resultasse em gosto bom e prolongado na boca. Ele permanecia ali mesmo depois de ter acabado a refeição, tirado a mesa e lavado as louças, o que fazia parte de minhas obrigações, bem como de minha irmã.

Não foi fácil decidir sobre que profissão ou carreira cursar na universidade. Eu sabia que queria cuidar de pessoas e, por isso, cheguei a cursar Psicologia; mas não tive condições financeiras para continuar o curso e tentei ingressar na Odontologia, pois conseguiria bolsa através de uma clínica odontológica, onde eu trabalhava como auxiliar. Contudo, foi na Nutrição que encontrei a possibilidade de estudar ciências da saúde e planejar uma carreira pautada no cuidado do outro.

A alimentação tem sido objeto de estudo teórico, cujo foco está voltado para a evolução biológica e cultural humana, mas constitui também base de orientações médicas e de nutricionistas na busca por melhor qualidade de vida e envelhecimento saudável. Os antigos provérbios "você é o que você come" e "diga-me o que você come e te digo quem você é", vão além da análise comportamental individual, e podem referenciar a ciência dos alimentos e sua influência no meio ambiente, bem como o simbolismo cultural e religioso dos mesmos. Apesar da força antropológica, política e econômica dos alimentos, os frequentes achados da área biológica, avaliam o desenvolvimento humano e tentam explicar as consequências positivas e negativas das escolhas alimentares.

Neste cenário de aceleração do conhecimento dos nutrientes, alimentos e saúde, comecei minha carreira dividindo meu tempo entre atendimentos realizados em consultório médico, atividade docente no Curso de Nutrição e de Enfermagem

de uma universidade particular de São Paulo, membro de um grupo interdisciplinar de atenção ao atleta jovem e gestão de um serviço de cozinha industrial.

Depois de trinta anos dedicados à nutrição esportiva, à nutrição clínica e à docência e de vinte e um anos como proprietária de uma clínica de orientação dietética, senti necessidade de ampliar meu olhar sobre aquele que é alvo do meu cuidado. A orientação nutricional está intrinsecamente vinculada à escolha e ao preparo dos alimentos, o que, para mim, evoca a imagem de cuidados da minha mãe durante toda minha infância. Muito embora seja preciso considerar que minha formação acadêmica me coloca numa posição diferente, já que assenta em estudos e diretrizes científicas sobre o tema. Vale ressaltar, por exemplo, nessa direção, que a introdução alimentar infantil, é tema largamente discutido em congressos e aulas de formação do médico e do nutricionista. Mas, recebo também, e cada vez mais, idosos com restrição alimentar, cujo critério de escolha dos alimentos é baseado em evidências científicas de índices de mortalidade e comorbidades relacionadas ao estilo de vida.

Note-se que tenho, nessa breve introdução, tangenciado uma questão, qual seja: embora cada área da ciência se aprofunde nas questões suscitadas por seus objetos específicos, muitas delas, incluindo aí a Nutrição, tem reconhecido a importância do diálogo interdisciplinar. Especificamente nesse meu campo de formação, evidências desse ponto de vista têm sido utilizadas na tentativa de explicar as maneiras pelas quais a nutrição se apresenta como algo fundamental na compreensão da evolução humana (CRITTENDEM & SCHNORR, 2017).

Parti da premissa de que, nesta dissertação, tal diálogo seria a base sobre a qual eu poderia encaminhar a questão que a movimenta. Afinal, “articular memória afetiva” com orientação nutricional do idoso é algo que reclama o cruzamento de discursos e olhares diversos. Desde o início sabia que a tarefa não seria fácil. Mas entendi que esse era o meu momento: meus filhos se formaram e começam ansiosamente suas carreiras, como todo ciclo deve ser; meu marido, já mais velho,

diminui cada vez mais sua carga laboral... Percebi que poderia me dedicar a temáticas que me interessassem especialmente e que me fizessem bem. Quero dizer com isso que a escolha da questão-problema desta dissertação não passou necessariamente apenas por uma exigência obrigatória do exercício profissional. Isso é verdade, sem dúvida alguma, mas uma verdade na qual está implicado muito prazer. Espero agregar saberes para que eles possam ser implementados tanto no meu autocuidado, como também no cuidado (profissional ou não) que dispenso ao outro.

Mais recentemente, a experiência com a finitude da minha sogra, com demência e com meu pai, que faleceu de câncer, somadas à minha rotina de orientação dietética (em que cresce exponencialmente o atendimento de idosos) me chamaram a atenção para a necessidade de um estudo aprofundado sobre o processo de envelhecimento e a velhice. Não fui preparada academicamente para cuidar de idosos, meus conhecimentos são basicamente sobre o processo biológico do envelhecimento, mas não consigo dissociar a afetividade (e as questões subjetivas a ela vinculadas) e a influência econômica e social na minha orientação nutricional. Contudo, tinha inicialmente uma certeza: eu precisava saber mais!

Os primeiros tempos no Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUCSP me colocaram no meio de uma reflexão marcada pelo diálogo interdisciplinar. Nele se problematizou o fato de que, nas últimas décadas, transformações políticas, econômicas e sociais em todo o mundo colocaram a questão do envelhecimento populacional na pauta, tanto dos gestores sociais, quanto dos pesquisadores no campo da ciência. Especialmente no Brasil, estas mudanças determinaram grandes transformações no estilo de vida da população, gerando pontos de discussão na cultura e no comportamento social afetados pela rápida transição demográfica, epidemiológica e nutricional, que tanto leva à maior

expectativa de vida, como de mudanças importantes no padrão de morbidade/mortalidade e ingestão alimentar (BRASIL, 2014)¹.

Paralelamente ao aumento da população idosa, nos deparamos com o aumento das questões que envolvem o seu estilo de vida, incluindo a alimentação, assunto de extrema importância e relevância tanto na literatura como em programas de Saúde Pública (ROE, 1987). Isso porque a alimentação é um importante fator capaz de auxiliar e contribuir para a promoção e manutenção da saúde e da capacidade funcional dos idosos. O estado nutricional adequado gera grande impacto no bem-estar físico e psicológico dessa população (PIRLICH; LOCHS, 2001).

O Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) se constitui em uma das estratégias para implementação da diretriz de promoção da alimentação adequada e saudável que integra a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, o qual deve estar alinhado com a Política Nacional de Saúde do Idoso. Nessa perspectiva, vale dizer que nosso atual momento político e econômico tem influenciado nas decisões de compras e preparos de alimentos, adotando novos hábitos alimentares e valorizando o preço como critério de escolha de alimentos industrializados (FIESP/CIESP, 2018).

Uma das características comportamentais da geração Y, jovens de 20 a 30 anos (IBOPE, 2010), se relaciona com os critérios de escolha de alimentos. Atualmente mais homens, jovens e com ensino superior, cozinham em casa e compram alimentos semiprontos. Relacionando estes dados com o atendimento clínico de idosos, assinalo que recebo frequentemente jovens preocupados com a alimentação de seus pais, buscando uma orientação alimentar baseada nos achados da *internet*, já que na última década esse meio de comunicação passou a ser a principal fonte de informação sobre nutrição e saúde, ultrapassando nos

¹ A maior expectativa de vida se confirma na aceleração do envelhecimento populacional, que deve quase quadruplicar o número de brasileiros acima de 65 anos até 2060 (IBGE, 2010).

últimos sete anos, o uso da televisão como meio de informação (FIESP/CIESP,2018).

O comportamento alimentar atual se diferencia muito dos apresentados no fim do século XX, quando as pesquisas de despesas familiares mostravam o tema da alimentação como o menos importante entre os entrevistados e se apresentava ligado à condição de classe, diferenciada pela classificação “comida de pobre” e “comida de rico”, além de comprovar a fragilidade dos laços familiares através da comida e a distinção do papel de cada membro da família como, por exemplo, a aquisição dos alimentos ser de responsabilidade do pai e o preparo dos mesmos da mãe (ROCHA & SILVA, 2009).

A pesquisa de hábitos de ingestão alimentar da FIESP/CIESP (2018) mostrou que de 2011 a 2016 o termo “alimentação” foi o terceiro assunto mais procurado no maior site de busca do mundo, perdendo para os temas política e finanças. A mesma pesquisa revelou também que dois terços dos entrevistados referem estar abertos a novidades, especialmente os mais jovens e usuários da *internet*. Mas um terço dos entrevistados no Brasil apontam a dupla arroz e feijão como a comida favorita, a despeito da Pesquisa de Orçamento Familiar (IBGE, 2009) mostrar que em igual período houve queda no consumo de feijão pelos brasileiros.

Especialmente pela alta velocidade de transmissão das mensagens, bem como o grande número de informações acerca da recomendação alimentar para a saúde e longevidade, nem sempre proveniente ou validado por um profissional nutricionista, causam dúvidas e equívocos na organização das dietas pessoais e das famílias.

Extrapolando os dados da pesquisa de despesas com alimentos antes referida ao perfil dos quase 700 pacientes com idade entre 50 e 80 anos atendidos em minha clínica nos últimos cinco anos, observo que o objetivo da consulta é,

frequentemente, a busca de uma dieta com os alimentos desconhecidos, mas com promessas de longevidade, rejuvenescimento e controle de peso. Especialmente, entre os 120 sujeitos de 70 a 80 anos que procuraram por uma dieta no mesmo período, a maioria foi levada por filhos que buscavam a mudança dos hábitos alimentares destes idosos, me solicitando, por exemplo, a inclusão de alimentos desconhecidos por eles, como quinoa, chia, amaranto e outros grãos e sementes, na tentativa de corrigir as alterações metabólicas e fisiológicas que estão associadas à velhice.

A preocupação dos cuidadores e dos próprios idosos, quando buscam uma dieta que não seja a da prescrição médica, está mergulhada nas crenças de rejuvenescimento e até de cura de todos os males, uma vez que as palavras “velho” e “envelhecer” circulam socialmente, como apontado por Messy (1999), como denúncia de um processo irreversível em direção à morte. Assim, a busca de hábitos alimentares saudáveis pode se encontrar relacionada com o afã de conservação da juventude, de melhoria da qualidade de vida ou, quem sabe, de evitação e/ou controle de doenças que levam à morte.

Tendo em vista os anos que acumulei como clínica, formulei 3 hipóteses iniciais na realização deste trabalho, quais sejam: (1) Os desejos e necessidades dos idosos, com recomendações alimentares restritivas, podem ser adaptados às novas condições de saúde; (2) escutar o paciente com sensibilidade, empatia e interesse são condições fundamentais para encontrar as adaptações possíveis/desejáveis; (3) preencher a lacuna de formação (voltada mais para aspectos subjetivos e sociais) de novos nutricionistas e gerar discussão acerca da alimentação dos idosos é uma necessidade incontornável na dinâmica da clínica com os mesmos.

Assim, esta dissertação se configurou tendo como base o seguinte **objetivo geral**: mostrar que os hábitos alimentares dos idosos foram construídos na sua fase de adulto jovem (tipos de alimentos consumidos, bem como sua preparação) e que

os mesmos têm relação com sentimentos positivos e/ou negativos atualizados quando, por motivo de vulnerabilidade e/ou fragilidade orgânica, tais sujeitos são confrontados com uma orientação dietética profissional. Para tal, orientei-me pelos seguintes **objetivos específicos**: (1) levantar na literatura pertinente ao tema trabalhos que problematizassem a relação afetiva, social e cultural de idosos com os alimentos que ingerem (seus hábitos alimentares); (2) revisar as condutas alimentares para idosos descritas em Diretrizes Médicas para tentar identificar se partem do conceito de envelhecimento ativo e da noção de integralidade que lhe dá suporte; (3) destacar a importância, para os profissionais nutricionistas, de se adotar uma escuta subjetivamente orientada para os pacientes idosos para assegurar a melhor decisão da conduta nutricional. Certamente, isso incluiu uma discussão que ultrapassasse uma visão baseada exclusivamente nos determinantes biológicos da vida humana, com inclusão dos determinantes psicológicos e socioculturais.

Nessa perspectiva, no Capítulo 1 encaminho uma reflexão que traz à luz o processo de envelhecimento humano e, nesse contexto, o que torna específico a etapa vital denominada velhice. Dou esse passo tendo como foco a particularidade da questão-problema que movimenta esta dissertação: memória afetiva alimentar e/em sua relação com a orientação dietética do idoso.

A base reflexiva deste capítulo me possibilitou, no Capítulo 2 tomar como eixo do debate a necessidade de se transcender o aspecto fisiológico e de necessidade básica implicado na alimentação para colocar em cena a articulação entre afeto, saberes e práticas alimentares acumulados ao longo da vida. Isso porque, reitero, a ampliação proporcionada por um olhar que articula o biológico, o psicológico e o social pode se constituir em sólido alicerce para o exercício clínico no campo da Nutrição e, em especial, quando ele é realizado com idosos.

Finalmente, no Capítulo 3, em que encaminho um Estudo de Caso Clínico, esclareço as bases que lhe dão sustentação e os resultados a que pude chegar. Deixo ver a importância da revisão bibliográfica que realizei (e que se encontra nos

dois primeiros capítulos), ao tomá-la como operador de leitura dos dados clínicos coletados. Esse desenho metodológico foi motivado pela possibilidade que abre para o entrelaçamento da experiência com a ciência. Isso porque entendo que a teorização de uma *práxis*, tal como a clínica da nutrição, não pode marginalizar o compromisso de se alimentar e, ao mesmo tempo orientar o fazer, que nela se realiza. Fazer que tem como protagonista um sujeito que ali chega com uma demanda de melhora na sua qualidade de vida. Ciência e experiência se retroalimentam para cada vez mais atender à justa demanda de se viver mais e melhor.

Tendo em vista os resultados obtidos no estudo de caso, minhas considerações finais foram exatamente nesta direção. O acompanhamento do caso em questão, por alguns anos, me permite como reflexão, trazer aos novos profissionais nutricionistas a importância do tempo dedicado à escuta cuidadosa durante a consulta. Os fatos e memórias relatados, especialmente sobre os hábitos alimentares são as peças do quebra-cabeça da conduta alimentar, cuja adesão depende da empatia do profissional nutricionista quanto às suas preferências alimentares construídas na cultura e do entendimento do impacto emocional quanto à inclusão ou exclusão dos mesmos na sua orientação alimentar.

CAPÍTULO 1

Envelhecimento e velhice: sobre alimentação e qualidade de vida

Neste capítulo, eu me detenho nos três primeiros pontos-chave da reflexão que me proponho encaminhar nesta dissertação. O primeiro deles diz respeito à problematização do que está em causa no processo de envelhecimento e na velhice. Como assinalei na Introdução, é para o campo da Gerontologia que me voltei para enfrentar e aprofundar questões que me têm sido suscitadas como nutricionista, no atendimento clínico de idosos. Entendi que seria necessário trazer à luz o esforço que essa área tem feito para, no compromisso com seu objeto, teorizar a dinâmica biopsicossocial que responde pelo envelhecimento humano. Tema que tem implicações diretas na minha prática profissional. Digo isso porque no campo da Nutrição, privilégio tem sido dado (tanto do ponto de vista teórico, como prático) à noção de organismo, o que tende a obscurecer uma noção de corpo que vai além do biológico.

Contudo, quando está em causa o humano, é fundamental que se reconheça que esse corpo é habitado por um ser e que, portanto, ele tem história, história que se desenrola no seio de uma sociedade. Por isso, quando pensamos a nutrição deste corpo, não podemos perder de vista sua essência multidimensional constitutiva. Este é o segundo ponto-chave que se apresenta no debate deste capítulo. Já no terceiro, trago uma breve história do campo de constituição da Nutrição para analisar os possíveis e necessários modos de articulação entre o mesmo e o campo da Gerontologia.

1.1 As múltiplas faces do processo de envelhecimento e da velhice

O envelhecimento humano é um processo dinâmico que implica diferentes dimensões que se articulam entre si, quais sejam: biológica, psicológica e social.

Para Beauvoir (1970/1990), tal processo não é estático, mas dinâmico, já que desde o nascimento até a morte, ele é marcado por contínua mudança, o que se apresenta em todas as dimensões antes referidas.

Visto pela ótica biológica, este movimento – que além de dinâmico, é também irreversível – deixa marcas no corpo físico. Engendradas por alterações celulares em todos os complexos sistemas orgânicos (MACHADO, 2007), elas podem ou não estar associadas a declínio funcional. Assim, cabelos brancos e rugas podem se apresentar tanto no corpo de velhos que continuam plenamente ativos, quanto no daqueles que, em função de doenças, se fragilizam e se tornam dependentes. Contudo, as vertentes biologizantes têm dado ênfase ao progressivo declínio funcional, o que leva alguns pesquisadores, como afirma Iacub (2015, p. 73), a caracterizar o corpo do velho “a partir de seu desgaste e diminuição energética, dando origem a uma sinonímia cada vez mais frequente entre velhice e doença”. Nestes discursos, diz o autor, os termos usados para referir a velhice são: atrofia, degeneração, lesão, esclerose, entre outros. Assim, “o ancião começou a ser considerado e definido por sua proximidade com a morte e com o moribundo” (p. 72).

Cabe destacar que tal perspectiva biomédica abriu espaço, ainda, para a segmentação do curso da vida em etapas de desenvolvimento. No âmbito desta, procedeu-se à descrição de processos vitais traduzidos pela energia corporal possível de repercutir na libido e nas capacidades físicas e intelectuais, entendidas como crescentes ao longo da vida e decrescentes na velhice. As mudanças sociais e econômicas, determinadas pela categorização etária, passam a ser indiciadas, por exemplo, por acontecimentos como a aposentadoria (fim do período produtivo) e entrada na velhice. Note-se que, assim concebida, a velhice exigiria sempre adaptação a um novo modo de viver.

É preciso ter em conta que “não há coletividade humana, por mais rude que seja, que não possua uma certa cultura [...] não tentemos, portanto, imaginar o que seria para ele uma velhice natural” (BEAUVOIR, 1970/1990, p. 49). Note-se que

reconhecer que, no plano biológico, um organismo declina com o passar do tempo, no sentido de que suas chances de subsistir se reduzem, não significa necessariamente dizer que o homem se reduz a um composto químico ou que a velhice é uma “espécie de doença incurável” (ibidem, p. 26). Sobre isso, diz Beauvoir: “a doença é um acidente; a velhice é a própria lei da vida” (ibidem, p. 37). E a vida, como afirma Canguilhem (1966/2000), não é indiferente ao meio no qual ela se desenrola. Seguindo na trilha aberta por Halbwachs (1912), Canguilhem assinala que a morte é um fenômeno social na medida em que “resulta, em grande parte, das condições de trabalho e de higiene, de atenção à fadiga e às doenças, em resumo, de condições sociais, tanto quanto fisiológicas” (CANGUILHEM, 1966/2000, p. 127). Viver muito e bem é algo que está intrinsecamente articulado com “a importância que uma sociedade dá ou não ao prolongamento da vida” (ibidem). Isso nos permite concluir que:

a involução senil de um homem produz-se sempre no seio de uma sociedade; ela depende estreitamente da natureza dessa sociedade e do lugar que nela ocupa o indivíduo em questão. O próprio fator econômico não poderia ser isolado das superestruturas sociais, políticas e ideológicas de que está revestido; [...] para compreender a realidade e a significação da velhice é, portanto, indispensável examinar o lugar que é destinado aos velhos, que representação se faz deles, em diferentes tempos, em diferentes lugares (BEAUVOIR, 1970/1990, p. 48).

Como se vê, problematizar a velhice implica necessariamente investigar de que modo o natural (o corpo sem ser) e o sociocultural (o ser no mundo) se entrecruzam. Messy (1999, p. 9), um psicogerontólogo francês, esteve atento para isso quando se colocou a tarefa de melhor compreender porque “em nossa cultura, o repúdio da morte se estendeu à rejeição dos velhos”. Ele indica um caminho explicativo quando observa que a aplicação do termo envelhecimento na sociedade moderna, e acréscimo também contemporânea, se faz predominantemente como sinônimo de perda. Isso porque as mudanças físicas que assinalam a chegada à velhice se associam, equivocadamente, às mudanças sociais que enfatizam a emergência de um suposto sujeito incapaz de produzir.

O vigor de tal associação se faz sentir na constante evitação da velhice pelos sujeitos e pelas sociedades. Ela é, por isso, um tema delicado e de difícil nomeação porque implica a ideia de que o “velho” é alguém no fim de projetos. Assim: “a imagem da velhice parece uma imagem ‘fora’, no espelho, imagem que nos apanha quando é antecipada e produz uma impressão de inquietante estranheza” (ibidem, p. 14). No entanto, o que para alguns, nesta fase, envolve sentimentos negativos (tais como a de ter se tornado uma carga para os filhos, ou mesmo experimentar certa dificuldade para produzir e/ou planejar o futuro), para outros, pode significar um momento repleto de oportunidades para se trabalhar a vida (MUCIDA, 2009).

O que não se deveria perder de vista é que “o envelhecimento é um processo que se inscreve na temporalidade do indivíduo, do começo ao fim da vida. É feito de uma sucessão de perdas e aquisições” (MESSY, 1999, p. 18). O que Messy está querendo dizer é que “a vida é polaridade dinâmica” (CANGUILHEM, 1966/2000, p. 100) e que isso se aplica a qualquer etapa vital. O que não quer dizer que, no curso da vida, não se experimente desequilíbrio entre essas forças, que podem tender mais para um lado do que para outro. É o que se coloca quando nos detemos no polo saúde x doença, aquisições x perdas, alegrias x tristezas, atividade x inatividade.

Não parece discutível, contudo, que é na velhice que nos deparamos mais fortemente com uma questão específica, qual seja, a da finitude. É certo que a morte faz presença na vida em qualquer etapa do processo de envelhecimento. Mas, quando se chega à velhice, ela pode ocupar um sujeito de modo mais contundente, gerando ansiedade, já que sem poder antecipar a sua durabilidade, antecipa-se a sua chegada para breve. Talvez por isso a associação velhice = morte responda pelo fato de que a maioria das pessoas (nas mais diferentes etapas da vida) resista à velhice. Tal evitação, diz Messy (1999, p. 14), se encarna na ideia de que “velho é [sempre] o outro, em quem não nos reconhecemos”.

Se a morte é um destino inelutável, envelhecer é, como assinala Mucida (2009), um tempo que não para e no qual se acumulam histórias singulares. Histórias que respondem, portanto, pela singularidade do viver a vida na velhice. Outra noção de corpo, que não o biológico, se impõe quando abordamos o envelhecimento do ponto de vista humano: esse corpo é atravessado pelo simbólico! Isso quer dizer que somos significados por outrem desde antes de nosso nascimento e que, ao escrevermos nossa história, estamos sempre sob efeito de outras histórias que circulam no meio social e que nos atravessam. Tais cruzamentos determinam modos de ser no tempo e de habitar o próprio corpo. Note-se, nessa perspectiva, que a articulação entre o biológico, o psicológico e o social é mutuamente constitutiva do humano. Não se deve perdê-la de vista quando problematizamos o processo de envelhecimento e a velhice.

Voltar o olhar para a complexidade inerente a tal articulação nos permite tecer considerações mais aprofundadas e um olhar mais integral/integrativo, quando nos detemos nessa etapa vital/existencial denominada “velhice”. É o que me proponho nesta dissertação. É assim, então, que ao revisitar o tema mais geral do envelhecimento populacional no Brasil (que me confronta com projeções e desafios bastante difundidos, e importantes, no que diz respeito à área da Saúde e, em especial, à saúde do idoso), procurarei não marginalizar seus determinantes sociais e, tão pouco, atentar para o fato de que em meio a tal generalização, há uma enorme heterogeneidade nos modos de viver a vida na velhice. É certo que o farei tendo em vista a temática central de minha reflexão: a questão nutricional.

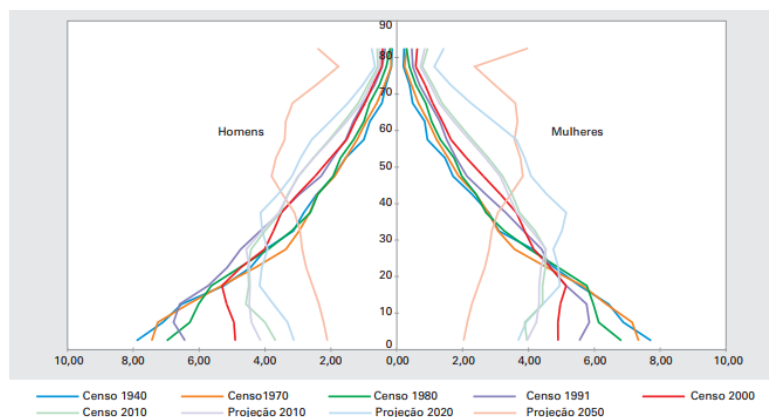
1.1.1 O envelhecimento populacional no Brasil

No Brasil, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014) e o Estatuto do idoso (BRASIL, 2007), são considerados idosos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Referido até pouco tempo atrás como um país jovem, ele tem visto crescer rapidamente esse contingente populacional (VASCONCELOS

e GOMES, 2012; MIRANDA, MENDES e SILVA, 2016). Tal transformação no padrão demográfico é uma das mais importantes verificadas na nossa sociedade (IBGE, 2016). Até os anos 1960, a população brasileira manteve-se numa longa trajetória de estabilidade relativamente à fecundidade (CARVALHO, 2008): o país era composto de uma população jovem, sendo que, no censo de 1970, 42% da população tinha menos de 15 anos e apenas 5%, mais de 60 anos (IBGE, 2000). Entre os anos 1940 e 1960, segundo Nasri (2008), o Brasil apresentou uma grande e significativa queda nas taxas de mortalidade, mantendo a fecundidade em níveis bastante altos, o que gerou rápido e estável crescimento do grupo de jovens. A esperança de vida ao nascer passou de aproximadamente 41 anos, na década de 1930, para 55,7 anos, na década de 1960 (CARVAHO, 1974; FRIAS, 1994), enquanto que a taxa de fecundidade total teria passado de 6,2 filhos por mulher, nos anos 1940, para 5,8, em 1970. Cabe assinalar que esse último dado marca o início do declínio da taxa de natalidade brasileira.

Dessa forma, a transformação demográfica no Brasil se deu a partir de 1970, quando, de uma sociedade predominantemente rural e tradicional, com famílias grandes, baixo desenvolvimento econômico e altos níveis de mortalidade infantil, passou-se a uma sociedade principalmente urbana, moderna, com menor quantidade de filhos e nova estrutura familiar (LEONI, MAIA e BALTAR, 2010). Como consequência deste processo de transição demográfica (CARVALHO e GARCIA, 2003)² e de acordo com a Projeção da População por Sexo e Idade realizada pelo IBGE (IBGE, 2013) para o período 2000-2060, projeta-se uma tendência de crescimento acentuado no grupo de idosos para as próximas décadas. É o que se vê no gráfico abaixo:

² Denomina-se transição demográfica (THOMPSON, 1929; LANDRY, 1934), a dinâmica marcada pela redução das taxas de mortalidade e quedas nas taxas de natalidade. Tal dinâmica, de acordo com a Teoria da Transição Demográfica, resulta do progresso econômico e do processo de modernização das sociedades que, segundo se entende, ditariam mudanças nos ritmos de crescimento populacional.

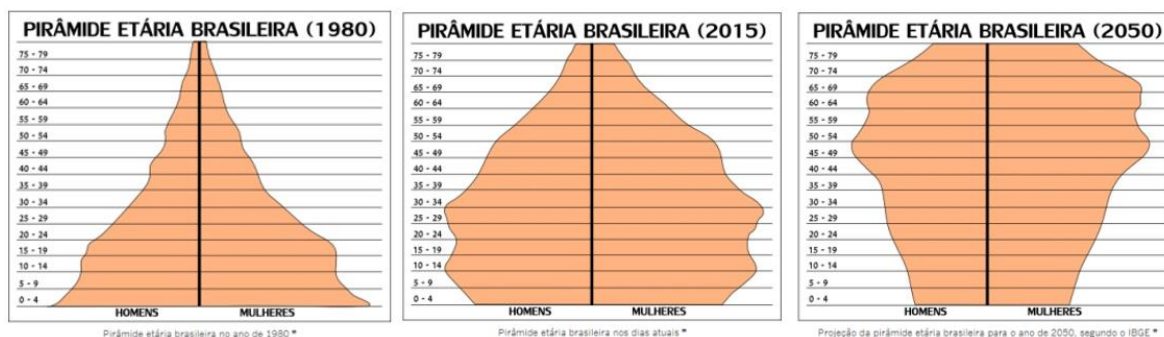
Gráfico 1 - Estrutura relativa da população, por sexo e idade**Brasil – 1940/2050**

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2010 e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000-2060.

Os números ainda mostram que, em 1970, havia 12,1 idosos para cada 100 crianças e adolescentes de 0 a 14 anos de idade. Em 2010, passaram para 39,3 e, em 2020 e 2050, as estimativas projetam, respectivamente, de 66,1 e 208,7 idosos para cada 100 crianças, demonstrando uma tendência ainda maior de declínio de fecundidade e de aumento da expectativa de vida (IBGE, 2016).

O IBGE, segundo documento da Secretaria de Direitos Humanos (BRASIL), estima que a população brasileira praticamente dobre a cada 20 anos. Houve um maior crescimento absoluto da população brasileira nos últimos dez anos, principalmente pelo crescimento da população adulta, destacando, claro, o aumento da população idosa, como demonstrado nas figuras abaixo (IBGE, 2011).

Gráfico 2 - Pirâmides Etárias



Fonte: PENA, 2017

É consenso entre os pesquisadores que a transição demográfica em curso se deve à diminuição dos coeficientes de fecundidade e taxa de mortalidade e que tal fato está intimamente atrelado à melhoria das condições de vida (alimentação e moradia), ao avanço do conhecimento técnico-científico nas áreas da saúde (principalmente Medicina), como o surgimento de novos métodos de diagnóstico e desenvolvimento de vacinas e medicamentos (área da Farmácia), o que possibilita uma intervenção imediatista e aumento, portanto, tanto da qualidade de vida, como de sua expectativa (CARVALHO e GARCIA, 2003; LEBRÃO, 2007).

Em razão da alteração etária, outras mudanças também ocorreram no padrão de mortalidade e de morbidade da população, caracterizando o que se denomina transição epidemiológica (OMRAN, 1971). Tal conceito diz respeito às mudanças dos padrões de saúde e doença, bem como suas consequências para cada um dos sujeitos e para a sociedade como um todo. Nessa perspectiva, tem se evidenciado um aumento da prevalência e incidência de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), em contraposição ao cenário da década de 1940, marcado pelo acometimento e mortalidade por doenças infecciosas.

Vale dizer que as DCNT são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração (BRASIL, 2014). Dentre elas, pode-se citar as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes mellitus e obesidade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, s/d). No Brasil, em 2013, as

DCNT foram causa de aproximadamente 73% das mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). Em 2010, 80% das mortes tiveram como causa as doenças cardiovasculares, o câncer, o diabetes mellitus, e as doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011).

Há que se atentar, ainda, para o fato de que as DCNT constituem a principal causa de morbimortalidade entre idosos (COELHO & BRUNI, 2009), tanto em países desenvolvidos quanto nas nações em desenvolvimento (como, por exemplo, o Brasil). Isso porque os mesmos apresentam maior exposição a este grupo de doenças, o que pode levar a uma diminuição da importância de fatores genéticos de algumas doenças, prevalecendo os fatores adquiridos ao longo da vida e resultantes do próprio processo de envelhecimento. Esses fatores podem ocasionar perda da autonomia e da qualidade de vida (caso não sejam devidamente identificados e tratados).

Outro ponto que merece destaque é o de que nos últimos 30 anos, além do aumento das DCNT, verificou-se ainda crescimento no número de ocorrências da síndrome metabólica na população idosa, o que tem contribuído para a elevação, sobretudo, do nível de obesidade (OMS, 2007; COUTINHO, GENTIL e TORAL, 2008). Cabe enfatizar que tais patologias podem (devem) ser prevenidas. A adoção de um estilo de vida saudável, como alimentação adequada, bom estado emocional e prática regular de exercício físico (SAMPAIO, 2004; COUTINHO, GENTIL e TORAL, 2008) jogam aí um importante papel. É certo que tal medida depende de uma decisão subjetiva, mas está igualmente, e intrinsecamente, atrelada ao contexto sociocultural e às políticas públicas que lhe favorecem (ou não).

Note-se aí o cruzamento do biológico com o psicológico e o social na determinação de uma condição mais favorável à vida com qualidade na velhice. É o que pretendo explorar no item que se segue.

1.2 Sobre qualidade de vida na velhice: a articulação entre bem-estar e alimentação saudável

Sabe-se que a manutenção da saúde, em todas as etapas da vida, é influenciada de forma significativa pela alimentação. Para que entendamos tal afirmação de maneira mais aprofundada, cabe esclarecer, de início, a importância dos “macros” e “micronutrientes” numa alimentação dita “saudável”. Segundo o *Institute of Medicine* (2002), carboidratos, proteínas e gorduras têm, por exemplo, seus valores determinados com base na variação aceitável de distribuição dos macronutrientes (AMDR)³.

Carboidratos são necessários principalmente por serem as principais fontes de energia para o organismo, em especial para o cérebro. Sua ingestão adequada evita a utilização da proteína muscular como fonte de energia, o que protege o organismo contra a perda muscular. As proteínas, por sua vez, constituem o maior componente estrutural das células, apresentando diversas funções no organismo, como por exemplo, a função enzimática, precursora de hormônios, vitaminas e outras importantes moléculas. Já os lipídios desempenham funções energéticas, estruturais e hormonais, auxiliando na absorção de vitaminas lipossolúveis e carotenoides. São ainda, importantes fontes de energia para o organismo (FRANK; SOARES e FERNANDES, 2002; AVESANI, SANTOS e CUPPARI, 2003; BÓS, 2007; MARUCCI, GOMES e ROEDIGER, 2016).

No que diz respeito aos micronutrientes, sempre é importante ressaltar que, devido a alterações fisiológicas características de cada estágio da vida, algumas recomendações de vitaminas e minerais apresentam variação na população idosa. Vitaminas, compostos orgânicos necessários para manutenção da saúde normal e

³ AMDR- siglas em inglês – Acceptable Macronutrient Distribution Range - é a faixa de ingestão para uma determinada fonte de energia que está associada à redução do risco de doenças crônicas, enquanto fornece ingestão de nutrientes essenciais. Se um indivíduo consome em excesso do AMDR, existe um potencial para aumentar o risco de doenças crônicas e / ou ingestão insuficiente de nutrientes essenciais.

integridade metabólica, são essenciais para a boa saúde em qualquer fase da vida e, em especial, na velhice. Vitaminas lipossolúveis como vitamina A, D, E e K devem receber maior atenção tendo em vista o fato de que a sua absorção pode estar comprometida pela diminuição da absorção de gorduras. As principais funções desses nutrientes são: vitamina A: preservação da visão, crescimento e desenvolvimento ósseo, manutenção do epitélio e do processo imunológico; vitamina D: pelo seu papel no metabolismo e absorção do cálcio. No envelhecimento, há diminuição da capacidade da pele em produzir vitamina D; vitamina E: por sua função antioxidante, protege a membrana celular e, portanto, pode diminuir os riscos de doença aterosclerótica; vitamina K: imprescindível para coagulação sanguínea (AVESANI, SANTOS e CUPPARI, 2003; FRANK e SOARES, 2012; FRANK, SOARES e FERNANDES, 2012b); vitamina C: encontrada principalmente em frutas cítricas, apresenta funções antioxidantes, prevenindo a degeneração macular relacionada à idade, além de estar envolvida na síntese do colágeno (MARUCCI, GOMES e ROEDIGER, 2016).

Minerais, tais como cálcio, ferro, fósforo, magnésio, zinco e selênio também apresentam importância relevante na manutenção da saúde, em especial na saúde do idoso. O cálcio, nutriente essencial na preservação da massa óssea, também apresenta importantes funções no organismo como liberação de neurotransmissores, transmissão nervosa, regulação de batimentos cardíacos, manutenção do tônus muscular e participação na coagulação sanguínea. Leite e seus derivados são as melhores fontes de cálcio. Portanto, sua ingestão e o entendimento de outros fatores que comprometam sua concentração (genética, etnia, medicamentos, inatividade física e alterações no metabolismo) devem ser extensamente investigados pelo nutricionista, a fim de evitar os danos causados pela sua baixa ingestão (MARUCCI, GOMES e ROEDIGER, 2016).

O ferro, mineral essencial ao organismo, está envolvido no transporte de oxigênio e dióxido de carbono, respiração celular e sistema de defesa do organismo. Principais fontes são as carnes vermelhas, gema de ovos e leguminosas. A sua

deficiência em idosos pode levar à anemia, tanto por inadequação alimentar, quanto por sangramentos gastrointestinais em presença de úlceras ou câncer ou mesmo por uso de medicamentos como os anti-inflamatórios não esteroidais. A absorção desse nutriente sofre diversas influências (presença de cálcio, ambiente ácido, por exemplo) que precisam ser consideradas na elaboração de um plano alimentar (BÓS, 2007; MARUCCI, GOMES e ROEDIGER, 2016).

O fósforo, componente essencial das células, se encontra principalmente nos ossos (80%) e dentes e têm funções no metabolismo dos carboidratos e a contração muscular. A vasta distribuição desse nutriente nos alimentos (fontes proteicas, excetos cereais e leguminosas) e sua boa biodisponibilidade impossibilita sua inadequação (BÓS, 2007; MARUCCI, GOMES e ROEDIGER, 2016).

O magnésio, por sua vez, apresenta diversas funções no organismo, estando envolvido em mais de trezentas reações metabólicas essenciais. A adequada ingestão é necessária para ativação nervosa, utilização da glicose e síntese de gorduras e proteínas, por exemplo. Diversos estudos têm mostrado que a população idosa apresenta ingestão inadequada de alimentos ricos em magnésio (nozes, leguminosas e cereais integrais).

O selênio, que apresenta funções antioxidantes, pode contribuir para a diminuição da incidência de alguns cânceres. Os alimentos que o contem são castanha-do-Brasil, carnes vermelhas e aves (BÓS, 2007; MARUCCI, GOMES e ROEDIGER, 2016).

O zinco, participante de várias reações, inclusive as que envolvem os macronutrientes, desempenha papel fundamental no sistema imunológico e processos de cicatrização. Sua deficiência está associada à perda de olfato e paladar e suas principais fontes são carnes, peixes, aves, leite e derivados (BÓS, 2007; MARUCCI, GOMES e ROEDIGER, 2016).

Dessa breve exposição a respeito das funções de macros e alguns micronutrientes, pode-se concluir pela importância de sua adequada ingestão para manutenção da saúde e bem-estar geral da população como um todo, e em particular, do idoso. Como vimos, alguns alimentos parecem ter a capacidade de prevenir algumas doenças, ou ainda, de serem utilizados para o tratamento (ROBERFROID, 2000) das mesmas. Vale assinalar, ainda, que vários estudos têm mostrado associações e correlações diretas entre inadequação alimentar e alterações orgânicas decorrentes do próprio processo do envelhecimento, favorecendo ainda mais a utilização de alguns alimentos com nutrientes e substâncias antioxidantes para prevenir a ocorrência de doenças, o que inclui as DCNT (STÜRMER, 2007).

Nessa perspectiva, alguns pesquisadores sugerem que a longevidade seria inversamente proporcional à extensão do dano causado às células do organismo, ou seja, aos danos oxidativos. Assim, a utilização desses alimentos e de seus compostos traria benefícios tanto na prevenção de doenças como no aumento da expectativa de vida (STÜRMER, 2007). Como exemplos, temos o chá verde (catequinas), com propriedades hipocolesterolêmicas, antioxidante e antiagregação plaquetária, alho e cebola crus, que contém compostos organossulfurados, também apresentando tais propriedades e uma adicional: redução da pressão arterial (CARVALHO & PERUCHA, 2006).

Além das considerações feitas até aqui, merecem ainda destaque os prébióticos (fibras), como a inulina (presente na raiz da chicória e alcachofra) e o FOS (presente na cebola, alho, banana e centeio), que melhoram o funcionamento intestinal, promovem aumento da biodisponibilidade do cálcio e podem ajudar no controle da dislipidemia. As oleaginosas, por conterem resveratrol, ácidos graxos monoinsaturados e vitamina E, também parecem reduzir o colesterol plasmático, a antiagregação plaquetária e a resistência à insulina em diabéticos (CARVALHO & PERUCHA, 2006).

Cabe ainda lembrar que alimentos como peixes (atum, salmão, sardinha, arenque) e linhaça dourada apresentam ômega-3, um nutriente que tem sido estudado como auxiliar na redução de triglicérides e antiagregação plaquetária (MARCHIOLI, 1999). Porém, deve ser evitado como suplemento em idosos com baixa coagulação sanguínea e em uso de alguns medicamentos. O vinho tinto e o suco de uva roxa, por apresentarem em sua composição resveratrol, taninos e epicatequinas, também mostram ações positivas nas dislipidemias, na saúde cardiovascular, além de propriedades antioxidantes e anti-inflamatória (CARVALHO & PERUCHA, 2006).

Levando em conta o que foi dito até aqui, é preciso que não marginalizemos ainda o fato de que idosos constituem um contingente populacional com alta vulnerabilidade nutricional. Uma das razões que contribuem para tal é a presença de algumas alterações decorrentes do processo natural do envelhecimento. A título de ilustração trago, a seguir, algumas delas e seus desdobramentos para a sua qualidade de vida, particularizando alguns pontos que dizem respeito ao envelhecimento do brasileiro:

- **Alterações na cavidade oral:** ainda que não seja uma característica do processo do envelhecimento, os idosos brasileiros apresentam condições dentárias precárias (perda parcial ou total dos dentes, por exemplo) e inflamação crônica da mucosa oral (gengivite). O estudo de Rocha & Bós (2013), comprova este fato, mostrando que apenas 10,5 % dos idosos do Rio Grande do Sul buscam atendimento odontológico. Este fato reflete a saúde bucal do idosos brasileiro, retratando a cultura dos mesmos em extração dos dentes e uso de próteses. Pode ocorrer também atrofia da elasticidade de todos os tecidos dessa cavidade, diminuição da sensação gustativa e redução quantitativa (xerostomia) e qualitativa (diminuição de enzimas diminuição) da secreção salivar. Esses últimos sintomas podem também estar associados com algumas doenças e com o efeito colateral de alguns medicamentos. Tais situações podem modificar a escolha de

alguns alimentos, com consequente redução da ingestão de carnes, legumes, verduras e frutas, principalmente na forma crua, dando preferências por alimentos com consistências mais moles/macias (PADILHA et al., 1998; MARUCCI, GOMES e ROEDIGER, 2016).

- **Alterações esofágicas (deglutição):** pode ocorrer fraqueza da musculatura, provocando diminuição do fluxo e do volume do bolo alimentar, prejudicando a deglutição (disfagia). Essa dificuldade pode ser resultante tanto da disfunção esofágica, como de doenças neurológicas, tais como a Doença de Parkinson, o acidente vascular encefálico, o câncer e as demências (NAJAS, 2011). Essa desordem pode ocasionar prejuízos na segurança (risco de aspiração), eficiência e qualidade de comer e beber, implicando riscos de má nutrição. Um dos principais problemas relacionados a tais alterações são engasgos e sensação de alimento preso na garganta, levando à necessidade de mudança de consistência e fracionamento dos alimentos. Também podem ocorrer, por maior relaxamento do esfíncter esofágico superior e refluxo gastroesofágico (BAXTER e WAITZBERG, 2000; BÓS, 2007).
- **Alterações gástricas e intestinais (aparelho digestório):** mudanças estruturais ocorrem na mucosa causando sua fragilidade e aumentando a suscetibilidade da mucosa gástrica a uma variedade de fatores agressores ambientais, como infecção crônica por *Helicobacter pylori* e uso de medicamentos, o que causa prejuízos à cicatrização de lesões, aumentando ainda mais a chance de gastrites e úlceras. No estômago, pode ocorrer atrofia gástrica (gastrite atrófica), diminuição do tempo de esvaziamento gástrico, comprometendo o processo de digestão, retardando a biodisponibilidade de alguns medicamentos e determinando saciedade precoce, o que, por sua vez, leva à menor ingestão de alimentos, aumento discreto no pH gástrico (possível menor absorção de ferro) e menor produção de enzimas digestivas. No intestino observa-se

diminuição das vilosidades intestinais, (menor absorção de nutrientes), redução de enzimas digestivas (menor absorção de gorduras, por exemplo) e menor absorção de alguns nutrientes como vitamina D, B12, cálcio, cobre, zinco e colesterol, segundo alguns estudos (COBAN, TIMURAGAOGLU e MERIÇ 2003; SALLES, 2009). A constipação intestinal é uma das queixas mais comuns, definida como redução da frequência de evacuações, sensação de esvaziamento incompleto do reto após defecação ou eliminação das fezes endurecidas e de pouco volume. Explica-se essa alta incidência e prevalência pela diminuição da prática de exercício físico, por vezes frequente em idosos, redução do tônus muscular e função motora do cólon e diminuição da ingestão de alimentos ricos em fibras e líquidos. Ainda outra intercorrência encontrada é a diarreia, causada por crescimento bacteriano desordenado associado à má nutrição, diverticulite e *diabetes mellitus* (BÓS, 2007; MARUCCI, GOMES e ROEDIGER, 2016).

- **Alterações cognitivas e psicológicas:** a memória é afetada nessa fase, principalmente a memória recente, ou chamada memória fluida. Importante então, sempre que indagar o idoso sobre hábitos alimentares, principalmente naqueles com mais de 80 anos, que um familiar esteja presente. Algumas outras situações como morte de um ente querido, condição de moradia (morar sozinho ou em instituições), sensação de abandono, perda de independência e/ou autonomia, perda de função social, podem levar a sintomas de depressão e desinteresse por atividades diárias, inclusive a alimentação (FLORENTINO, 2002; BÓS, 2007).
- **Alterações musculoesqueléticas:** diminuição da massa e densidade óssea, força muscular, amplitude articular e maior prevalência de alterações articulares (osteoartrite) podem estar presentes. Pode ocorrer perda de força nas mãos e com isso, perda da autonomia no preparo dos

alimentos, como dificuldade em usar aparelhos eletrodomésticos, incapacidade de manusear panelas e canecas com água quente. O nutricionista deve atentar para a adequação de proteínas e cálcio na orientação alimentar. Os exercícios físicos nessa população devem ter liberação médica e sempre ser supervisionadas por um profissional (BÓS, 2007; MARUCCI, GOMES e ROEDIGER, 2016).

- **Alterações metabólicas e cardiorrespiratórias:** diminuição do tamanho e capacidade de secreção (enzimas, principalmente) do pâncreas e fígado. Com isso, a digestão de alguns nutrientes fica comprometida, além de aumentar a possibilidade de intolerância à glicose e *diabetes* senil, pela diminuição da produção de insulina (GAMBERT e PINKSTAFF, 2006). Os rins podem apresentar diminuição da capacidade funcional e do tamanho, apresentam dificuldade em excretar substâncias tóxicas e metabólitos, predispondo os idosos a doenças que acometem esses órgãos (FLOREANI, 2009). Os idosos tendem a ter desequilíbrio na regulação térmica do corpo, sentem menos sede e apresentam diminuição de água corporal, devendo o nutricionista fazer uma orientação alimentar adequada quanto à ingestão de líquidos para evitar a desidratação (BÓS, 2007). O coração do idoso tende a aumentar de tamanho, porém diminuindo a sua eficiência. O processo de arteriosclerose, ou seja, enrijecimento natural das artérias também está presente nesse grupo, tornando-os mais susceptíveis à elevação da pressão arterial e à deposição de gorduras nessas artérias (aterosclerose). Ele também pode apresentar diminuição da capacidade respiratória, devendo ainda mais, terem supervisão profissional durante o exercício físico (BÓS, 2007).

Tendo em vista todas essas alterações, bem como as possíveis modificações causadas por doenças e medicamentos, deve-se concluir que a alimentação desempenha papel fundamental para preservar ou ainda melhorar o estado

nutricional, de saúde e bem-estar de idosos e conseqüentemente, sua qualidade de vida (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2014). Nessa direção, trago à luz algumas investigações que nos esclarecem pontos específicos relacionados à nutrição de idosos no Brasil.

Malta, Papini e Corrente (2013) realizaram uma avaliação da alimentação de idosos no município de Avaré (SP) e concluíram que a maioria necessitava de melhorias porque parte delas era de má qualidade. Observou-se ingestão insuficiente de frutas, hortaliças, carboidratos, leite e derivados. Resultados similares foram encontrados por Fisberg *et al.* (2013), ao avaliar a ingestão alimentar de indivíduos de todas as idades no município de São Paulo. Estudo realizado com idosos em Recife também encontrou ingestão de frutas e verduras insuficiente. Menezes, Nunes e Holanda (2005) observaram em 105 idosos residentes em instituições geriátricas de Fortaleza um baixo consumo de leites e derivados, encontrando na maioria da população por eles estudada (93,4%) ingestão insuficiente de cálcio. Bassler e Lei (2008) encontraram 9,6% de idosos desnutridos no município de Pinhais na Região Metropolitana de Curitiba (PR). Cesar, Wada e Borges (2005) quando analisaram idosos de Araraquara (SP), encontraram uma prevalência de desnutrição de 21,9%.

Freitas, Philippi e Ribeiro (2011), mostraram em seu estudo com idosos do Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia (IPGG), localizado em São Miguel Paulista, na grande São Paulo (SP), que o consumo de alimentos ricos em gordura e açúcar foi maior no sexo feminino. Diferentes estudos relatam que o consumo alimentar de idosos é marcado pela elevada ingestão de alimentos fontes de gordura e açúcares e menor consumo de frutas e verduras. Dados do Vigitel revelaram que no Brasil, a ingestão de frutas e hortaliças por idosos é inferior ao mínimo de 400 g/dia, o que é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (ISER *et al.*, 2012).

Todos os resultados dos estudos que trago anteriormente mostram a inadequação da ingestão de vários grupos alimentares no ciclo vital denominado

“velhice”, em diferentes regiões do país (MALTA, PAPINI e CORRENTE, 2013). Nunca é demais lembrar que a redução ou ingestão inadequada de alimentos, bem como a adoção de uma dieta monótona (sem variedade de preparações e de alimentos) pode levar à depleção de nutrientes importantes para a manutenção da saúde e controle de patologias (IBIDEM, 2013). Dentre os fatores que respondem por esse estado de coisas, destacam-se os socioeconômicos, psicossociais e fisiológicos.

Se até o momento eu discuti a relação entre alimentação adequada e seus resultados na sustentação de uma atividade biológica entendida como *optimal*, desloco agora o foco para questões que lhe são pertinentes, do ponto de vista social. Começo pela consideração de que, no Brasil, a aposentadoria ou o salário do idoso pode ser, em muitos casos, a principal fonte financeira de uma família, o que torna desequilibrado (insuficiente do ponto de vista quantitativo e qualitativo) o acesso e o consumo de alimentos, principalmente no grupo das carnes, leites e derivados (FLORENTINO, 2002).

Segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN, 89), um quarto dos idosos com renda *per capita* inferior a meio salário mínimo apresenta baixo peso corporal. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), os indivíduos de baixa renda estão em desvantagem quanto à situação de saúde, incluindo a nutrição (PEREIRA, COTTA e FRANCESCHINI, 2016).

O Projeto SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento) coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde, com dados sobre as condições de vida de idosos das áreas urbanas de 7 países da América latina e Caribe, mostra que em São Paulo 54% dos idosos estudados julgaram seu estado de saúde como regular ou ruim, embora 91,6% deles estimam serem bem nutridos e apenas 67,4% declaram fazer 3 ou mais refeições ao dia (LEBRÃO, 2005).

Ramos (2003) verificou que a maioria dos idosos do município de São Paulo dividia o domicílio com seus filhos e, muitas vezes, com netos também. Esse tipo de domicílio acomoda mais de 50% dos idosos estudados e, além de muito frequente, associa-se a baixas condições socioeconômicas. Essa convivência com familiares pode oferecer, contudo, benefícios como apoio familiar nas condições debilitantes e de dependência, reduzindo o isolamento. O suporte familiar pode, ainda, exercer efeitos positivos sobre a saúde do idoso, reduzindo os impactos negativos do estresse na saúde mental, minimizando as influências de enfermidades e dos aspectos psicológicos sobre o apetite e melhorando o consumo alimentar.

Se isso é verdade, há que se considerar também seus efeitos subjetivos: a alimentação do idoso é influenciada pelas desordens afetivas, isolamento social, ausência de papel social, imagem corporal distorcida, perdas cognitivas, baixa autoestima, condições físicas precárias e depressão. Em relação aos idosos de renda maior, a inadequação alimentar pode ser decorrente de fatores como: solidão, isolamento social, mais acesso aos alimentos industrializados e hábito de suprimir refeições (FLORENTINO, 2002).

Por todas as considerações em relação ao processo de envelhecimento e o impacto que a alimentação adequada pode produzir positivamente na autonomia e qualidade de vida do idoso, o Ministério da Saúde (2010) propõe dez passos para uma alimentação saudável na velhice, quais sejam:

1-Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia.

2-Inclua diariamente seis porções do grupo dos cereais, tubérculos e raízes nas refeições, com preferência aos grãos integrais e os alimentos na sua forma mais natural.

3-Coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches

4-Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelos menos, cinco vezes por semana.

5-Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos, sem a gordura aparente das carnes e sem a pele das aves.

6-Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina.

7-Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação. Coma-os, no máximo duas vezes por semana.

8-Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa.

9-Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.

10-Torne sua vida mais saudável, pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite bebidas alcóolicas e o fumo.

O mais recente Guia Alimentar Brasileiro (BRASIL, 2014) considera, ainda, a necessidade de se levar em conta, diferenças de hábitos culturais e regionais, principalmente num país de dimensões continentais, como é o nosso. Assim, na apresentação do mesmo, lê-se:

A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; e baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis (BRASIL, 2014, p. 8).

Entendo que a referência à “alimentação adequada e saudável”, se considerarmos os contrastes culturais e a disponibilidade de alimentos de acordo com as diferenças geográficas, deveria ser melhor precisada se englobasse a

compreensão de “segurança alimentar”⁴, especialmente tendo em conta as necessidades específicas implicadas nas várias etapas do processo de envelhecimento (criança, adolescente, adulto, idoso).

Outro ponto que merece destaque diz respeito à questão qualitativa, já que, como vimos, as escolhas alimentares da população brasileira estão intimamente atreladas a fatores sócios econômicos, bem como à oferta de alimentos industrializados e sistemas de agricultura e políticas públicas que propiciem a aquisição de alimentos saudáveis.

Cabe dizer também que o idoso, assim como qualquer outro indivíduo, ao se alimentar, não busca apenas a satisfação das necessidades fisiológicas, mas também estão em causa necessidades psicológicas (emocionais), sociais e culturais. Dessa forma, o comportamento alimentar engloba aspectos biológicos, cognitivos, situacionais e afetivos. Levando isso em conta, parece relevante indicar que significados subjetivos e coletivos concorrem para que a alimentação do idoso se realize de tal modo que contribua para assegurar qualidade e bem-estar à sua vida (TCHAKMAKIAN & FRAGELLA, 2007).

Além disso, faz-se necessário explorar em maior profundidade a questão do direito que se coloca na afirmação que coloquei em destaque anteriormente. Isso porque não se deve marginalizar o fato de que o tipo de alimentação, bem como a garantia ao seu acesso, faz parte das características particulares de uma cultura. Discutir a questão alimentar do idoso é algo que deve necessariamente levar isso em conta. Acrescente-se aí o fato de que as trocas de experiências alimentares

⁴ O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), instituído para o controle social e participação da sociedade nas políticas públicas sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada, integrado ao Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). As ações para este fim consistem em propiciar, particularmente o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, baseados na sustentabilidade nos âmbitos ambiental, cultural, econômica e social.

despertam a afetividade, potencializando laços culturais e até se oferecem como estratégia de inclusão social.

Não se pode perder de vista que é possível chegar e viver na velhice com diferentes graus de saúde e que, mesmo na presença de alterações que podem provocar uma redução na capacidade de adaptação e na forma de se alimentar, se vivemos numa sociedade que dá valor à vida, teremos sucesso no enfrentamento da nutrição inadequada e seus efeitos negativos na determinação de bem-estar entre idosos (SANTOS, 2003; TOSATO et al., 2007; DORES, 2009).

1.3 Breve história sobre a constituição do campo da Nutrição e sua atuação junto a sujeitos idosos.

A relação entre alimentação, envelhecimento e saúde foi encontrada pela primeira vez no Egito Antigo, com a recomendação de ingestão de frutas, hortaliças e o cuidado com os exageros (FREIXA & CHAVES, 2008). Acreditava-se que os “prazeres da mesa determinavam a saúde e a longevidade, sendo a inapetência um sinal de doença” (FLANDRIN & MONTANARI, 1998, *apud* SILVA, MARUCCI & ROEDIGER, 2014, p.42). Segundo Galeno (129-200 D.C), já naquela época, se alertava para o fato de que o idoso deveria se alimentar de dietas específicas, ser ativo fisicamente e ingerir vinhos. Em 1200, sob a égide da cultura medieval, também se recomendava a adoção de uma dieta equilibrada, repouso, exercícios e boa higiene para prolongar a vida e chegar à velhice com mais saúde (SOUZA et al., 2014 *apud* MARUCCI & ROEDIGER, 2014). Esses são primórdios de um raciocínio que determinará o surgimento, no campo da ciência, de um campo especificamente voltado para a reflexão e atuação sobre a condição nutricional de seres humanos e sua relação com o bem viver.

Em âmbito mundial, a emergência do campo da Nutrição e da Dietética, quer seja como política social, ciência ou profissão, é muito recente, datando do início do século XX (VASCONCELOS, 2002). Porém, o primeiro registro em Nutrição, foi

verificado no “Centro de Classificação Profissional e Ocupações Técnicas”, no Canadá, onde as irmãs da ordem das Ursulinas, primeiramente em 1670, em Quebec, e depois em Ontário, em 1867, atuaram no ensino da Economia Doméstica, o que abriu espaço para a criação do primeiro curso universitário de dietistas, em 1902. Uma primeira dietista foi nomeada, em 1907, para atuar profissionalmente no Hospital da Criança Doente, em Toronto (CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS-4, 2002^a *apud* TOLOZA, 2003). Há, contudo, relatos de que em 1742, em um hospital na Escócia, já se preparavam dietas específicas.

Todhunter (1965), por sua vez, dá destaque ao fato de que dentro da área de atuação da enfermagem, com Florence Nightingale, a nutrição no âmbito hospitalar ganhou contornos mais específicos. Para ele, essa enfermeira foi uma dietista hospitalar que, com a incumbência de tratar os soldados feridos da Guerra da Criméia, em 1854, instalou cozinhas funcionais para fornecer refeições adequadas e preparar dietas específicas para os que se encontravam em estado mais grave. Esses relatos pioneiros nos esclarecem também que a Nutrição teve início dentro de clínicas de universidades europeias, juntamente com o surgimento da Ciência da Nutrição. Médicos interessados em temas particularmente relacionados com a nutrição tornaram-se responsáveis por treinar enfermeiras para preparar dietas especiais. Registros desse tipo dão conta da existência de cozinhas que preparavam dietas especiais em hospitais dos Estados Unidos, em 1890 e 1893 e da criação do cargo de “dietista” (TOLOZA, 2003). Chamo a atenção para o fato de que a Nutrição nasce como campo de atuação dentro dos hospitais e, portanto, no interior de um discurso sobre a doença (o discurso médico). Isso certamente responde pela tendência hegemônica até os dias de hoje de se abordar a questão nutricional pela via do determinismo biológico.

Assim como as ciências médicas, a ciência da Nutrição ainda carrega uma herança da ciência surgida na revolução científica moderna do século XVII. O modelo mecanicista, também chamado de biomédico, criado por René Descartes

(1596-1650), trouxe à tona e privilegiou a metáfora do corpo-máquina, compreendendo o corpo como um “agregado de órgãos com funções diferenciadas, constituído como um feixe de músculos, nervos e funções numa estrutura mecânica constituída de partes independentes” (KRAEMER et al., 2014).

Para esse filósofo, matemático e cientista, não há relação entre corpo e mente, tendo o ser humano dois tipos independentes de sensações: corpóreas (*res extensa*) e de pensamentos (*res cogita*), que se manifestam de formas distintas. Descartes propôs, então, um método fundamentado na razão pura (DESCARTES, 1998). No mesmo período histórico, outros autores começaram a questionar esse modelo reducionista, como Espinosa (1632-1677), que dizia que “o corpo não é um agregado de órgãos e funções”, entendendo essas duas sensações (corpo e alma ou corpo e mente) como partes constitutivas do mesmo ser, sendo uma unidade de conjunto e equilíbrio de ações internas interligadas de órgãos. Para ele, corpo e alma, ou corpo e mente são interdependentes, não havendo hierarquia entre eles (CHAUÍ, 2004).

O que se entende hoje como ciência moderna, ou contemporânea, muitas vezes ainda se pauta na concepção antiga de que o corpo humano é comparável ao desempenho de uma máquina. No caso da nutrição, os órgãos, para sua engrenagem e funcionamento adequados, necessitariam de combustível, sendo esse combustível, o alimento. Portanto, o que levaria uma pessoa a se alimentar seria apenas a falta de alimento, ou seja, a fome fisiológica, desvalorizando tudo o que seria subjetivo, sensorial, cultural ou afetivo, tudo aquilo relacionado com a fome psicológica. Na lógica cartesiana, tudo aquilo que não é racional (desejo, os afetos, as memórias e as histórias de vida), impede o desenvolvimento da racionalidade científica (KRAEMER et al., 2014).

Talvez se deva entender por aí a “Nutrição baseada em evidências”, vertente atual atrelada às tradições dessa racionalidade científica. Essa necessidade de aproximação com os ensinamentos biomédicos no momento da construção e

institucionalização da Nutrição como área científica e como uma profissão legitimada social e politicamente, tornou alguns profissionais dessa área limitados a um olhar reducionista, afastando-os da subjetividade, dos fatores sociais e culturais dos sentidos e significados do alimento no cotidiano.

Voltando à cronologização histórica do campo da Nutrição, atento para o fato de que alguns autores, diferentemente, localizam outros marcos que lhe dão origem. Entre eles, destaque é dado ao fator econômico na obtenção/acesso ao alimento por ocasião da 1ª Guerra Mundial (1914-1918). Dessa maneira, no período entre as duas Guerras Mundiais, países da Europa (Inglaterra, França, Itália, Alemanha, Dinamarca, entre outros), da América do Norte (Estados Unidos e Canadá) e, posteriormente, da América Latina (Argentina e Brasil), criaram os primeiros centros de estudos e pesquisas, o que determinou a criação dos primeiros cursos para formação de profissionais especialistas, bem como das primeiras agências condutoras de medidas de intervenção em Nutrição (MAURÍCIO, 1964; COIMBRA et al., 1982; L'ABBATE, 1988; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO, 1991; VASCONCELOS, 1999).

No Brasil, o campo teria emergido no decorrer dos anos 1930-1940, como parte integrante do projeto de modernização da economia brasileira, conduzido pelo chamado Estado Novo (Governo Vargas), cujo contexto histórico delimitou a implantação das bases para a consolidação de uma sociedade capitalista urbano-industrial no país. (COIMBRA et al., 1982; L'ABBATE, 1988; VASCONCELOS, 1988; LIMA, 1997; MAGALHÃES, 1997).

Assim, o primeiro curso para formação de nutricionistas foi criado, em 1939, no Instituto de Higiene de São Paulo (atual Curso de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo). A partir de então, surgiram cursos no estado do Rio de Janeiro: em 1943, o Curso de Nutricionistas do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) (atual Curso de Graduação em Nutrição da Universidade do Rio de Janeiro - UNI-RIO); em 1944, o Curso de Nutricionistas

da Escola Técnica de Assistência Social Cecy Dodsworth (atual Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ) e, a partir de 1948, o Curso de Dietistas da Universidade do Brasil (atual Curso de Graduação em Nutrição do Instituto de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ) (COSTA, 1953; MAURÍCIO, 1964; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO, 1991). Segundo Vasconcelos e Calado (2011), até 2011, foram registrados 391 cursos de Nutrição pelo país, mostrando a crescente importância e procura por essa profissão.

Segundo Maurício (1964), Coimbra et al. (1982) e L'Abbate (1988), desde o início da década de 1930, duas correntes definidas e distintas do saber médico se uniram, no Brasil, para a constituição da Nutrição. De um lado, estavam aqueles que acreditavam na chamada perspectiva social, preocupados particularmente com aspectos relacionados à produção, à distribuição e ao consumo de alimentos pela população brasileira e influenciados, principalmente, pelas concepções do pioneiro da Nutrição na América Latina, Pedro Escudero. De outro lado, os que se alinhavam mais a uma perspectiva biológica, preocupados essencialmente com aspectos clínicos e fisiológicos relacionados ao consumo e à utilização dos nutrientes (influenciados por concepções das Escolas de Nutrição e Dietética norte-americanas e de centros europeus). A partir de 1940, esta última vertente deu origem à Nutrição Clínica (Dietoterapia), centrada no “alimento como agente de tratamento” (YPIRANGA & GIL, 1989).

Pode-se dizer que desde a segunda metade do século XIX, o conhecimento sobre a alimentação da população brasileira já crescia de forma sistematizada dentro do campo do conhecimento médico, através de teses apresentadas às duas faculdades de Medicina (Bahia e Rio de Janeiro) existentes até então no país. Divergências, contudo, foram encontradas por mim na literatura relativamente aos marcos emergenciais da Nutrição brasileira: para alguns autores, a publicação do livro de Eduardo Magalhães, “Higiene Alimentar”, em 1908 é que deve ser tomada como referência; para outros, ela deve ser buscada nos estudos desenvolvidos, a

partir de 1906, por Álvaro Osório de Almeida, no campo da Fisiologia da Alimentação.

Cabe aqui ressaltar que no interior desta área, se atua tanto com indivíduos saudáveis, como com enfermos, em diferentes faixas etárias. No final da década de 80, no Brasil, muitas pesquisas ainda se dedicavam ao estudo da desnutrição infantil. No entanto, mudanças socioeconômicas associadas com, por exemplo, o aumento da população idosa e a alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (CERVATO-MANCUSO *et al.*, 2008) determinaram uma mudança de foco, determinando um crescente aumento de trabalhos sobre questões implicadas no estilo de vida de idosos, incluindo aí a alimentação. Tais estudos foram reconhecidos como de extrema importância, tanto na literatura pertinente ao tema, como em programas de saúde pública (ROE, 1987). Não se tratava apenas de refletir sobre os seus aspectos biológicos, mas também sociais e culturais (GARCEZ LEME, 2005).

No item 1.1.2, eu me detive em alguns pontos que, na verdade, problematizam os desdobramentos orgânicos de uma boa/inadequada nutrição. Mencionei outros, que se encontram articulados às dimensões sociocultural e subjetiva. Não me deterei, neste momento, em aprofundar esses últimos porque é o meu propósito no capítulo 2. Por ora, entendo ser importante deixar ver o modo como a Nutrição foi historicamente ganhando espaço no cenário científico e profissional brasileiro e, mais especificamente, como ela foi se abrindo para o necessário enfrentamento das questões que se colocam no processo de envelhecimento e, em especial, na velhice.

Um estudo realizado por Camargos, em 2009, mostrou a possibilidade e a necessidade de inserção do profissional nutricionista no cuidado do idoso. Para tal, trouxe à luz sua análise do Estatuto do Idoso, em que são abordados os temas relativos ao acesso e garantia do alimento e o direito à saúde, bem como qualidade de prestação de serviços, baseada na realidade de saúde do idoso brasileiro. O

autor mostra que a inclusão do nutricionista na atenção à saúde da pessoa idosa foi mencionada no guia operacional das Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2002), realizado pelo Ministério da Saúde, o qual sugere e aponta como necessária a presença desse profissional e de serviços de nutrição e dietoterapia para o credenciamento de um Centro de Referência para Saúde do Idoso.

Entendo, com Buss (2000), que para que o nutricionista possa exercer com competência tal demanda no atendimento de idosos, sua formação não pode desconsiderar aspectos tais como o saber e a experiência que cada um traz consigo, suas histórias de vida, seus laços afetivos, dentro e fora da família, bem como as dimensões culturais locais, regionais e globais e o cenário político e econômico que envolvem a alimentação. Sem isso, este profissional corre o risco de caminhar no sentido contrário ao da nutrição humanizada, em que se entende o ser humano em sua dimensão complexa, porque multidimensional de existência. Não se trata de desconsiderar na teoria e na prática, as evidências objetivamente, mas de compreender a determinação biopsicossocial que envolve a alimentação atual (CANESQUI & GARCIA, 2005).

As evidências guiam os profissionais e órgãos de saúde a adotarem suas prescrições e recomendações, a dizerem o que é certo e errado, a apontarem o caminho para a longevidade e melhor qualidade de vida. Mas será que o que é certo para um determinado indivíduo ou população, seria a melhor opção para todo mundo? Um exemplo clássico é a chamada “alimentação saudável”, ou ainda “alimento saudável”. Os profissionais de saúde e a mídia mostram como deveria ser uma alimentação saudável, baseados em nutrientes específicos, lidando com o alimento de forma, mais uma vez, reducionista, como se ele fosse apenas um veículo de nutrientes e saúde física. Há uma separação do contexto e das práticas cotidianas das pessoas. Tal visão a respeito da alimentação saudável reduz a alimentação a um padrão de objetividade, fundado apenas em o que se deve comer, e não no porquê se deve comer, quando, com quem, ou como deve ser essa

alimentação (ALVARENGA & JUNIOR, 2015; ALVARENGA & KORITAR, 2015; MENNUCI, TIMERMAN e ALVARENGA, 2015).

É nesse contexto de objetividade das informações e condutas, que hoje surgem vários tipos de dietas com alegações diversas como “saudabilidade e longevidade”, “emagrecimento”, “hipertrofia muscular”, “estética corporal e facial”, dentre outras. Dietas como “Low-Carb”, “Jejum Intermitente”, “Dr. Atkins”, “Dukan”, “Dieta da USP”, “dieta sem glúten”, “South Beach”, dentre tantas outras. Dietas que estão sendo impostas e feitas por diversas pessoas, sem uma correta orientação profissional, seguindo uma única premissa: “se fez bem para ele, fará bem a mim também”, independente dos possíveis riscos à saúde, muitas vezes não explorados. É por conta destas dietas, que surge hoje um “Terrorismo Nutricional”, termo criado pela nutricionista Sophie Deram (2014).

Terrorismo porque, com tantas informações distorcidas ou generalizadas, a população, na busca por uma vida mais saudável, passa a ter medo de se alimentar, de consumir alguns alimentos, uma vez que a maioria dessas dietas restringe um determinado nutriente ou grupo alimentar, ou ainda, faz uma restrição brusca na quantidade de comida a ser ingerida. Há estudos científicos, com populações e protocolos bem específicos que comprovam ou refutam a eficácia dessas dietas, gerando, assim, dúvidas na população (ALMEIDA *et al.*, 2009).

O resultado disso é um dicotomismo alimentar, uma classificação do alimento como bom ou ruim, vilão ou milagroso (superalimento), engordativo ou emagrecedor, quando na verdade, não existe um único alimento capaz de curar ou de emagrecer e engordar. Os pacientes chegam ao consultório muitas vezes com essa ideia, buscando alimentos “milagrosos”. O perigo está quando esses pacientes, com suas crenças alimentares, começam a impô-las a outras pessoas. Na prática clínica, isso ocorre, por exemplo, quando filhos (sobretudo quando estão na fase adulta), começam a impor determinadas condutas alimentares a seus pais mais idosos, não levando em consideração fatores como história de vida, memória

afetiva alimentar, cultura, vontades e prazeres (visão reducionista que se populariza pelo viés da alienação).

O perigo de se ater apenas à objetividade, herança de Descartes, é adotar padrões únicos de certezas, inclusive nutricionais. É prescrever uma mesma dieta para pessoas distintas, é falar que um alimento fará bem para uma determinada pessoa, independente do sexo, etnia, religião ou idade, pelo único motivo de trazer benefícios visíveis para a outra. Hoje, os profissionais de saúde devem mostrar sim, que um determinado alimento pode trazer benefícios para a maioria da população, mas que se o indivíduo não tiver prazer em consumi-lo, se não conseguir comprá-lo com frequência e se ele não fizer parte de um contexto sociocultural, nada surtirá efeito na saúde daquela pessoa.

Ainda inserido nessa abundância de novas informações, veiculadas pelos profissionais de saúde, mídia e amigos/parentes e baseado também em sua experiência de vida e conhecimento adquiridos ao longo dos anos, o idoso merece atenção especial por parte de seus cuidadores e familiares. O envelhecimento traz uma série de mudanças físicas e psicológicas, inclusive o aparecimento de doenças e condições clínicas que os impedem de continuar vivendo a vida que sempre viveram.

Assim, por parte da nutrição, fatores físicos (como vimos, falta de mobilidade, comprometimento de absorção de alguns medicamentos, perda de olfato e paladar, má dentição - próteses - e dificuldades de deglutição) e fatores psicológicos (demência, perda de autonomia, solidão, perda do parceiro ou queridos) e sociais (impossibilidade de escolha ou compra de alimentos, por exemplo) devem ser levados em consideração (VAN DER POLS-VIJLBRIEF et al. 2014).

O Estudo PROMISS⁵ europeu, cujos resultados finais ainda serão publicados, mostrou em sua preliminar, algumas possíveis causas de desnutrição entre os idosos, como as dificuldades econômicas, a desinformação e o que eles pensam acerca da nutrição e de determinados tipos de alimentos (PROMISS, 2016).

Visto que hoje nunca se falou tanto de nutrição, alimentação e nutrientes e a sociedade nunca esteve tão acima do peso e doente, o que nós, profissionais de saúde, órgãos governamentais e associações devemos fazer para ajudar a educar essa população, independentemente da idade? Em 2016 o Ministério da Saúde, com o apoio da Organização Pan Americana de Saúde lançou um livro chamado “Desmistificando dúvidas sobre Alimentação e Nutrição” para auxiliar os profissionais de saúde a guiar corretamente seus pacientes e a entender melhor esses modismos e tendências da nutrição contemporânea (BRASIL, 2016).

Além disso, Conselhos Federais e Regionais de Nutrição, lançam, a cada dia, pareceres, recomendações, notas explicativas e entrevistas para os profissionais e população acerca dos benefícios, riscos e comprovações científicas de eficácia e segurança, de alimentos ou de novos modismos e tendências, como, por exemplo, “Nota Técnica sobre Dieta Detox” (2015), “Dieta low carb é segura, mas não para todos” (2017), “Óleo de Coco e Óleo de Canola” (2015), “Alimentos funcionais” (2003), entre outros. Guias alimentares, como o nosso Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), não só nos mostram como deveria ser um padrão alimentar saudável, mas também o quão importante é levar em consideração fatores biopsicossociais e culturais da alimentação.

⁵ PROMISS- sigla do Prevention Of Malnutrition In Senior Subjects – que significa Prevenção da desnutrição em idosos na Europa- É um Projeto financiado pelo programa de pesquisa e inovação Horizonte 2010 da União Européia, com o objetivo de desenvolver pesquisa sobre a prevenção da desnutrição em idosos que vivem em casa, especialmente, compreendendo as relações entre alimentação, atividade física e mudanças biológicas nos idosos. Com base nos dados da pesquisa o Projeto prevê ainda, desenvolver estratégias de dieta e atividade física, bem como desenvolver produtos alimentares inovadores e sustentáveis para idosos.

Para finalizar a discussão até aqui encaminhada, gostaria de chamar a atenção para o fato de que os profissionais de saúde, protagonistas da orientação dos hábitos classificados como saudáveis porque essenciais para se obter melhor qualidade de vida, seguem cartilhas e diretrizes, nem sempre fáceis de serem aplicadas e, via de regra, não conseguem adaptá-las às necessidades e limitações individuais de seus pacientes, o que, frequentemente, pode responder pela não adesão dos mesmos às orientações recebidas.

Neste cenário, o idoso tem se deparado com desconhecidos mecanismos que prometem melhorar sua saúde, tais como exercícios resistidos em academia de ginásticas e clínicas de fisioterapia; aulas com bolas e camas com molas e ferros ligados a elásticos; prescrição de alimentação restritiva ou mesmo de alimentos estranhos ao seu repertório alimentar, os quais muito se distanciam de suas memórias gastronômicas. Isso me faz pensar que tais condutas (de familiares e/ou de profissionais) se afastam muito do conceito de envelhecimento ativo, tal como proposto pela Organização Mundial de Saúde. Isso porque, apoiado nos pilares saúde, vida participativa, seguridade social e educação (OMS,2005), ele procura explicitamente associar à ideia de atividade algo mais do que atividade física e, conseqüentemente, bem-estar físico. Esse é um ponto que implica um olhar mais integrativo para a vida e, segundo entendo, merece atenção dos pesquisadores que voltam o foco para a orientação alimentar do idoso.

CAPÍTULO 2

Memória afetiva alimentar: do polo da necessidade à esfera do desejo

Como já sublinhada anteriormente nesta dissertação, a essência constitutiva multidimensional da nutrição exige do profissional nutricionista uma escuta atenta para as histórias de vida dos sujeitos que dele demandam atendimento, resgatando os saberes e os sabores que os mantêm vinculados às suas raízes e aos afetos positivos e/ou negativos que emanam. Entendo que essa escuta estabelece uma base sólida para que se possa propor uma “nova” maneira de se alimentar e viver. A novidade está exatamente na abertura para uma possível atualização de antigos prazeres associados ao comer.

Levando isso em conta, proponho-me, neste capítulo, transcender o aspecto fisiológico e de necessidade básica implicado na alimentação para trazer à luz uma reflexão que relaciona afeto com conhecimentos e práticas alimentares acumulados ao longo da vida.

Como se viu, no capítulo 1, atentei para o fato de que uma alimentação adequada é necessária à manutenção da saúde em todas as fases vitais, mas também de que há recomendações especiais que favorecem, na velhice, a qualidade de vida e a atividade. Com o avanço da ciência e as inúmeras pesquisas sobre o efeito dos alimentos na saúde, nem sempre é tarefa fácil prescrever uma orientação alimentar ideal para o idoso. Isso é especialmente verdade se consideramos que o seu repertório alimentar foi sempre muito restrito ou se o mesmo se apega afetivamente a alguns alimentos e preparações que, guardados na memória, são listados como preferidos e/ou imprescindíveis na sua rotina alimentar.

Muito provavelmente, os idosos atuais vivenciaram muitas mudanças de hábitos alimentares, contemporâneos que são de um tempo de evolução industrial

e tecnológica (o que se aplica também à comida), e também de abertura de horizontes culturais, proporcionados por trocas sociais globalizadas, por efeito, por exemplo, de viagens ou mesmo de acolhimento na própria família de imigrantes de várias nacionalidades. Outro ponto importante diz respeito às mudanças de hábitos ocasionados por um desequilíbrio qualquer da saúde, o que pode envolver ruptura com o conhecido e mergulho num conjunto inusitado de preparações e restrições alimentares. Tal acontecimento pode, inclusive, causar instabilidade emocional e na rotina doméstica, tendo em vista novos processos operacionais de compra e preparo, bem como irritabilidade e angústia decorrentes da falta de prazer em se alimentar.

O idoso, assim como qualquer outro indivíduo, não busca apenas a satisfação das necessidades fisiológicas, mas também, de necessidades psicológicas (emocionais), sociais e culturais. Dessa forma, o comportamento alimentar engloba aspectos biológicos, cognitivos, situacionais e afetivos e, por isso, é importante identificar significados individuais e coletivos na alimentação do idoso (TCHAKMAKIAN & FRAGELLA, 2007). A formação do nutricionista frequentemente se apoia em pesquisas que se limitam à questão dos nutrientes que favorecem a vida com saúde, gerando condutas normativas, nem sempre associadas à cultura e identidade social dos sujeitos. Vejo aí, na adoção exclusiva de um ponto de vista biomédico, uma limitação teórica que tem consequências negativas importantes na atuação profissional.

Reitero, nesta breve introdução ao capítulo 2, que os primeiros passos da formação de um nutricionista, no Brasil, foram dados tomando-se como fundamento pesquisas realizadas por Josué de Castro, médico e cientista social, que analisava a fome e seus efeitos biológicos, mas também sociais. Sua reflexão influenciou ações políticas nutricionais que se mantêm nas agendas das políticas públicas atuais, pois uma significativa parcela da população ainda sofre com a carência alimentar. Contudo, a transição nutricional das últimas décadas não tem mudado sobremaneira a formação destes profissionais que, mesmo levando em conta a

importância de áreas como a Antropologia e a Sociologia, privilegiam como questão-problema a contenção da obesidade e das comorbidades associadas a hiperalimentação, culminando na busca por redução de peso (SANTOS, 2008).

Quero dizer com isso que a maior facilidade para adquirir alimentos industrializados, somada à disseminação midiática veloz e intensa de temas relacionados ao que se deve ou não comer, acaba por levar os nutricionistas a se orientarem mais para os corpos (seja pelo viés orgânico, seja pelo estético), do que para o peso social e subjetivo de uma alimentação que se aliena nos certames das ciências biomédicas (ARANIZ, 2005).

É certo, contudo, que a escolha alimentar não está diretamente e exclusivamente relacionada aos valores nutricionais e suas implicações fisiológicas: outras influências impregnadas da história individual e simultaneamente marcadas por condições econômicas e geográficas de acesso aos alimentos, bem como valores transmitidos através de gerações (significados religiosos, por exemplo) jogam seu papel aí. Assim, tanto padrões alimentares remanescentes, quanto aqueles modificados, interferem na dinâmica social e representam partes da história da humanidade (SANTOS, 1997).

Nessa mesma linha de pensamento, Freitas (2011) aponta para a necessidade de procurar compreender a linguagem que estrutura os significados da alimentação, quer para um sujeito, quer para uma coletividade. Comer é, de fato, uma ação natural atravessada por insígnias culturais. Explorar tal afirmação constitui o primeiro ponto no qual me deterei no encaminhamento da reflexão neste capítulo. O segundo ponto, por sua vez, será o da memória afetiva alimentar. Por fim, e tendo como norte o objetivo de articular cultura e afetividade alimentar na clínica, o terceiro ponto dá destaque a algumas experiências discutidas na literatura sobre a prática profissional do nutricionista cujo foco está voltado para o entendimento dos hábitos alimentares construídos e delineados pelas condições

socioeconômicas, mas principalmente incorporados pelos significados das escolhas subjetivas que sustentam o ato de comer.

2.1 Comida e Cultura

[...] Existe a evidência de expor padrões alimentares que continuam inarredáveis como acidentes geográficos na espécie geológica. Espero mostrar a antiguidade de certas predileções alimentares que os séculos fizeram hábitos, explicáveis como uma norma de uso e respeito de herança dos mantimentos de tradição. A modificação desses usos dependerá do mesmo processo de formação: o tempo. Impõem-se a compreensão da cultura popular como realidade psicológica, entidade subjetiva atuante, difícil de render-se a uma imposição legislativa ou a uma pregação teórica [...] (CASCUDO, 1983 p. 18-19)

Parto da compreensão de que comer é um ato que envolve complexidade simbólica. Complexidade que se descortina em estudos que historicamente colocam no foco os seus significados sociais, políticos, religiosos, estéticos, entre outros. Vale dizer que, nos últimos anos, as relações entre cultura alimentar e nutrição humana têm sido evidenciadas não só no ambiente acadêmico, mas também no midiático, já que consideradas relevantes na promoção da saúde. Porém, ainda se verifica um distanciamento dos estudos dos nutricionistas, preocupados com a aplicabilidade dos conhecimentos na saúde pública, com os dos pesquisadores antropólogos que, por sua vez, não apreciam estudos dietéticos controlados e muito específicos para algumas populações (MENDES, VILARTA & GUTIERREZ, 2009; CRITTENDEN & SCHNORR, 2017).

Sabe-se que o vínculo entre o homem e a comida se tornou ainda mais forte a partir da descoberta do fogo. Isso porque a transformação dos alimentos pelo cozimento é reconhecida como um importante passo na evolução humana, não só por proporcionar uma melhor absorção dos nutrientes, como também acesso mais seguro a alimentos perecíveis (como a caça, por exemplo), uma vez que a cocção, em função do calor, reduz a contaminação por bactérias. Além disso, o processo

térmico acrescenta texturas e sabores diferentes ao alimento consumido tradicionalmente (HENRY, 2017).

Aliado ao uso do fogo para cozinhar, quando o homem adquiriu conhecimentos sobre o plantio de grãos, hortaliças e frutas, sua criatividade contribuiu para o desenvolvimento da atividade culinária e da cultura alimentar, implementando cada vez mais os benefícios orgânicos deste processamento (que, diga-se, se iniciou com os Neandertais), acrescentando calorias para atividades motoras, diminuindo doenças transmitidas pela via alimentar, aumentando a absorção de nutrientes importantes para o desenvolvimento do corpo e provavelmente respondendo pelo seu efeito na longevidade. Note-se aí a importância da extensão deste princípio de sobrevivência a todo o desenvolvimento social, cultural e político da humanidade, já que o fogo permanece incorporado às atividades humanas, não só para cozinhar, já que, a despeito dos avanços tecnológicos, ainda é utilizado para iluminar, aquecer e proteger (HENRY, 2017).

Estudos dos primeiros humanos (particularmente da África), cerca de 200.000 anos atrás, mostram pouca variação comportamental alimentar em relação aos humanos modernos. Não se pode, contudo, deixar de considerar que o desenvolvimento de tecnologias e a ampla gama de diversidades socioculturais entre esses últimos têm contribuído para o delineamento de diferentes formas de se alimentar (MARLOWE, 2005). Em caráter ilustrativo, trago as características da alimentação das fases pré-históricas, estudadas por Mazoyer & Marcel (1933), particularmente como princípio de entendimento da evolução dietética humana:

- ***Australopitecos* (de 6,5 a 1,5 milhão de anos antes de nossa Era):** várias espécies eram vegetarianas e outras como o *Australopitecos afarensis*, um dos ancestrais supostos do gênero *Homo*, eram onívoros e comiam pequenos mamíferos, répteis, insetos etc.
- ***Homo habilis* e *Homo erectus* (de 3 milhões a 200.000 anos antes de nossa Era):** sua dentição atesta a adoção de um regime onívoro.

- ***Homo sapiens neandertalensis* (de 200.000 ou 100.000 anos antes de nossa Era até nossos dias):** o uso do fogo e da caça de forma organizada se generalizou.
- ***Homo sapiens sapiens*:** com novos equipamentos, o homem pode caçar espécies de grande e pequeno porte, desenvolveu a pesca e colheu com mais eficácia certos produtos vegetais.
- **O fim do paleolítico: (Entre 16.000 e 12.000 anos antes de nossa Era):** com novas armas e caçadas coletivas, conseguem abater grandes animais como cavalo, bisonte, mamute e o rinoceronte. Aproximadamente, há 12.000 anos antes de nossa Era, eles caçavam animais de porte médio (alces, cervos, cabritos, gazelas, javalis, asnos...), animais de pequeno porte (coelhos, pássaros...), pescavam, colhiam moluscos, escargots, ostras, plantavam cereais e leguminosas. Outra característica importante: eles se mudavam de região quando os recursos naturais locais se esgotavam. Mas podiam, também, permanecer em locais ricos em produtos vegetais conserváveis (grãos, frutos secos...) ou em produtos animais renováveis (beira do mar ou de lagos e rios ricos em peixes, por exemplo). Conheciam processos de conservação como secagem, defumação, frio e silos, o que garantia a alimentação por várias estações climáticas.
- **Era Mesolítico (fim da Era da pedra lascada) e Era neolítico (Entre 10.000 e 5.000 anos antes de nossa Era):** último período da pré-história com o desenvolvimento do cultivo (semeavam plantas e a criação de animais confinados como pássaros, bovinos, ovinos, caprinos e suínos). Podemos afirmar que a agricultura se iniciou em 5 mil a 10 mil anos atrás, mas também se tem evidências de que as plantas terrestres evoluíram aproximadamente há 700 milhões de anos atrás e que o homem habita o planeta há 6 milhões de anos e, ainda,

que talvez as drásticas mudanças climáticas tenham sido responsáveis pela fixação e organização social do homem e, principalmente, pelo seu comportamento relativamente à sua cultura alimentar (BARBIERI & STUMPF, 2008).

Numa rápida transição para a história da alimentação a caminho da Idade Moderna, na qual me atenho à discussão da cultura alimentar atual, acredito ser relevante levar em conta o início do comércio, em 1000 a.C., quando gregos e romanos vendiam plantas comestíveis, azeites e especiarias importadas do extremo Oriente e, também, o fato de que, durante a Idade Média houve um aperfeiçoamento no modo de produzir os alimentos, sendo as especiarias e ervas aromáticas usadas em banquetes para ostentar riqueza.

Vale destacar, nessa mesma direção, que quando os árabes invadiram a Espanha, em 711, levaram arroz, alimentos vegetais, frutas, condimentos e cana de açúcar para o sul da Europa (GARCIA, 1995; ORNELLAS, 1978; SAVARIN, 1995). Atento, também, para o fato de que muitos alimentos nativos da América chegaram à Europa, tais como, tomate, batata, abacaxi, abacate, amendoim, baunilha, milho, mandioca, feijão, pimentas, provocando uma revolução nas receitas da época (GARCIA, 1995; GULA, 1997).

Numa breve incursão pelos significados dos alimentos na história da humanidade, tomando como marco inicial a Idade Moderna, podemos encontrar em alguns herbários do século XVI, descrições de plantas classificadas como alimentos ou como utilizadas para fins medicinais. Em ambos os casos, supunha-se que os benefícios de sua ingestão estariam diretamente relacionados com um órgão do corpo, o humor, uma estação do ano, um momento do dia ou mesmo, com o temperamento quente ou frio, seco ou úmido.

Curiosamente, as plantas quentes e úmidas eram consideradas ideais para os homens, e as frias e úmidas para as mulheres. O quente teria a propriedade de

excitar e despertar, enquanto as frias, a de adormecer e acalmar. Os alimentos quentes seriam vinho, sal, açúcar, mel, canela, cravo, pimenta, mostarda e alho. Os frios, alface, vinagre, pepino, ópio, cânfora, cogumelos e frutas. Cabe acrescentar que o vinho e o chocolate, já no século XVIII eram tão quentes que o primeiro era proibido para menores de 22 anos e o segundo para crianças. Ainda nesta época, os alimentos quentes eram considerados afrodisíacos e, assim, também controlados para os jovens e evitados por mulheres de família. Até hoje alguns alimentos carregam a crença do poder libidinoso, descritos naquele tempo, como pinhões, nabos, ostras e o chocolate (CARNEIRO, 2003).

A partir do século XIX, através das ciências modernas e o conhecimento sobre os processos digestórios, se iniciam as investigações nutricionais e as recomendações de dietas de acordo com a idade, sexo e atividade física. Mas vale lembrar que neste mesmo período, acreditava-se que o homem era determinado pela natureza, refletindo em seu corpo o resultado de suas escolhas alimentares. A conhecida frase “nós somos o que comemos”, do filósofo alemão Ludwig Feuerbach (1848), reflete o pensamento de que um homem que se alimenta apenas de vegetais é um ser vegetante, já que resultante da química de tal digestão. Por mais reprovável que seja nos tempos atuais, esse ponto de vista prevaleceu sobre as diferenças culturais, afirmando que as mesmas são determinadas pelo o que se come (CIZZA & ROTHER, 2011; TURNER, 1989; FREITAS, 2003).

Foi apenas no século XX que a bioquímica da fisiologia nutricional esclareceu a composição química dos alimentos e do corpo humano, bem como a dimensão das suas necessidades calóricas. Somada às descobertas das vitaminas e o conhecimento das doenças derivadas das carências vitamínicas e de minerais, a fisiologia da nutrição passou a ser utilizada como terapia nutricional e vários modelos de dieta foram preconizados para assegurar um padrão melhor de saúde. Antagonicamente, após a Revolução Industrial, mais precisamente na segunda metade deste século, aconteceu uma forte mudança nos hábitos alimentares nos países desenvolvidos, favorecendo a maior diversidade de alimentos

industrializados, de custo acessível, à base de gorduras vegetais e açúcares simples, como biscoitos e refrigerantes, os quais passaram a ser símbolos de poder econômico, base de reuniões de família, lanches de crianças e comemorações (CARNEIRO, 2003; FREITAS, 2008).

2.1.1 A comida brasileira

[...] Eles não lavram, nem criam. Não há aqui boi, nem vaca, nem cabra, nem ovelha, nem galinha, nem qualquer outra alimária, que costumada seja ao viver dos homens. Nem comem senão desse inhame, que aqui há muito, e dessa semente e frutos, que a terra e as árvores de si lançam. E com isto andam tais e tão rijos e tão nédios, que o não somos nós tanto, com quanto trigo e legumes comemos⁶

Na história do Brasil, a biodiversidade dos alimentos locais (vegetais, frutas, mandioca, inhame e peixes) e a forma como os nativos comiam (apenas quando tinham fome, sem cerimônia, em silêncio e lavando as mãos e a boca antes de se alimentarem), chamaram a atenção dos descobridores europeus. Também o canibalismo – referido por Léry (1578) -, ato alimentar mais significativo desta cultura, impactou-os, confrontando-os com o direito de todos de participar do que era considerada uma honraria: receber os atributos do corpo ingerido. Léry assinala, ainda, que as mulheres mais velhas eram gulosas, comparando-as às bruxas europeias do século XVI, já que aparentavam ter prazer carnal e impiedoso comendo carne humana (CANESQUI & GARCIA, 2005).

Transitando entre os apontamentos relativos às novidades alimentares naturais e a expressão cultural do canibalismo, qualificada como “hedionda”, Léry confessou saudades gastronômicas do nosso país quando sua memória olfativa da mandioca se conectou com a fabricação da farinha na sua volta à Europa. O cheiro

⁶ Pero Vaz de Caminha, em 1500, fazendo referência ao hábito alimentar do nativo brasileiro.

de amido o remetia às sensações experimentadas por ele no processamento da mandioca no Brasil (LÉRY, 1578 *apud* LESTRINGANT, 2000).

A aversão dos nativos aos alimentos doces e ao vinho, oferecidos por Pedro Álvares Cabral, também não passou despercebida aos descobridores portugueses, tal como consta no relato de Pero Vaz de Caminha⁷. Esse último, inclusive, concluiu que o vigor dos seus corpos estaria relacionado com o tipo de alimentação que privilegiavam como, inclusive, se pode ler na citação que tomei como epígrafe neste subitem.

Vale lembrar aqui que o antropólogo francês Lévi-Strauss, em seus estudos etnológicos e em suas análises sobre os mitos da população indígena da região central do Brasil, fez uma alusão ao mito da origem do fogo relacionado à origem da culinária, articulando a transformação do alimento à transformação da natureza pela cultura. Suas análises também relacionaram o alimento cru com uma forma de alimentação mais natural, inumana, e o cozido como uma forma de preservação mais humana (e até mesmo sagrada), já que o cozimento se oferece como obstáculo ao apodrecimento, como já assinalei anteriormente. E ainda, evoca a cozinha como instrumento social, uma vez que conjuga um membro do grupo social com a natureza transformando um alimento cru em cozido (ato cultural) para alimentar o humano ou um grupo de humanos (STRAUSS, 1991).

Esses parágrafos iniciais já nos deixam ver a forte influência da cultura indígena (nativos) na alimentação do brasileiro, e também o seu cruzamento com a cultura europeia (descobridores), especialmente, a portuguesa. O que veremos, ainda, é que a cultura africana (escravos) jogará um importante papel aí, bem como seus simbolismos religiosos e sociais. Essa riqueza cultural da culinária brasileira

⁷ Carta de Pero Vaz original disponível em Ministério da Cultura - Fundação Biblioteca Nacional- Departamento Nacional do Livro- disponível em http://objdigital.bn.br/Acervo_Digital/Livros_eletronicos/carta.pdf - acesso em 10/09/2018

tem sido muito valorizada nas pesquisas gastronômicas que traçam nossa própria história. Ênfase tem sido dada para os alimentos regionais e os ingredientes típicos.

É preciso esclarecer, nessa mesma direção, que a influência indígena foi mais acentuada do que a africana, especialmente em relação à mandioca e suas derivações de farinhas. Os africanos, pela própria condição social, se alimentavam com a interferência dos portugueses, enquanto os índios conservavam seus costumes, ensinando aos brasileiros a produção de farinhas, suas aplicações na culinária, bem como os assados de carne e peixe. As bebidas de frutas, por sua vez, se submeteram às técnicas portuguesas mais sofisticadas, pela adição de sal, açúcar e especiarias (CASCUDO, 1983).

O legado africano se apresenta especialmente no hábito de cozinhar ou assar todos os componentes de um prato juntos, com preparações tipicamente brasileiras, como a feijoada carioca, a galinhada mineira e a moqueca baiana. Esta influência se faz notar, ainda, na modificação dos alimentos da cultura indígena, principalmente preparações de fubá, farinha, rapadura, goma e polvilho de mandioca, acrescentados ao cardápio brasileiro de cozidos, massas e caldos (LEONARDO, 2009).

As dimensões continentais de nosso país e, conseqüentemente, sua diversidade cultural regional é outro ponto a ser destacado aqui. Identidades sociais alimentares se associam a condições econômicas e geográficas. O resultado pode ser exemplificado, entre outros, como se segue: a farinha e a carne seca dos nordestinos; o acarajé, na Bahia; o arroz com pequi, em Goiás; o pão de queijo e o tutu com feijão e torresmo, em Minas Gerais; o feijão, na região sudeste; o tucupi e o tacacá, na região Norte e o churrasco gaúcho, no Sul do país (CANESQUI & GARCIA, 2005).

Uma das experiências mais enriquecedoras que pude vivenciar na minha carreira profissional, foi a coordenação de um serviço de alimentação de uma

Organização Não Governamental (ONG) para o combate da mortalidade infantil na região norte do Brasil, junto à população ribeirinha no interior do Estado do Pará. Na época, imbuída de todas as teorias nutricionais, tentei implantar um serviço de atendimento de orientação às mães de crianças com até 5 anos de idade, em estado de desnutrição, para melhorar a ingestão alimentar das mesmas e, conseqüentemente adequar seu estado nutricional.

Com uma breve análise da disponibilidade de alimentos local, percebi que a tarefa seria fácil, tendo em vista a abundância de frutas (especialmente açaí e cupuaçu, que são típicas da região), mandioca (em todas as suas formas de processamento, da farinha à tapioca) e a enorme variedade de peixes. Concluí que eles seriam suficientes para aumentar a ingestão de carboidratos, proteínas, vitaminas e minerais. Porém, com exceção a mandioca, nenhum destes alimentos eram direcionados para a alimentação infantil, pois acreditavam que faziam mal, ou seja, que eram fortes demais para serem oferecidos às crianças. Aprendi que alimentos reimosos⁸ eram proibidos para crianças, parturientes e idosos.

Me vi, ali, diante de uma crença, passada por gerações, e que constituía um desafio, já que não poderia ser rompida por uma nutricionista da região sudeste. Era necessário entender e compreender o modo como comiam, como distribuíam os alimentos para os membros da família, como os preparavam e, ainda, no que creditavam e quais significados esses alimentos tinham. Sem dúvida alguma, era preciso mergulhar na cultura local para realizar uma melhor orientação para a população. Foi o que tentei por 2 anos. Quanto mais eu entrava na história de cada família e nos seus saberes, provenientes da sabedoria indígena, mais eu me dava conta que precisava mudar a estratégia de orientação. Me aliei, então, aos

⁸ A classificação de peixes “reimosos”, por exemplo, de acordo com Peirano (1975) é uma analogia totêmica dos seres marinhos com os humanos, traduzidas no plano simbólico como proibido para algumas pessoas, bem como se enquadram nesta categoria as caças voadoras, cujos critérios explicativos se referiam ao hábitat e ao revestimento externo (PEIRANO, 1975 apud CANESQUI & GARCIA, 2005). Para Maués e Maués (1978), os tabus alimentares no tocante ao comportamento ritual, se aplicavam a classificação dos alimentos como “fortes”, “frios”, “quentes” e “reimosos” e estes estavam associados a algumas pessoas que não podiam ingeri-los. (MAUÉS & MAUÉS, 1978).

professores do ensino fundamental. Repassei informações e ouvi suas dúvidas, criamos um plano de ensino para os escolares e contratamos uma nutricionista paraense (profissional inserida naquela cultura) para coordenar o serviço. Assim, transferei a missão de cuidar da alimentação daquele povo para quem verdadeiramente se apoderava da cultura e se apropriava dos conhecimentos culturais aliados ao conhecimento científico.

O sistema classificatório dos alimentos no Brasil é carregado de mitos e tabus, sobretudo no Pará, onde a cozinha é considerada a mais fortemente indígena de todo o país. Para alguns pesquisadores, ela é a cozinha mais genuinamente brasileira: proveniente da floresta e dos rios que cortam a região. Cabe considerar que os tabus alimentares diferem não apenas quando consideramos os polos brasileiros, mas também no âmbito de uma mesma região. Por exemplo, se alimentar de macaco é algo muito apreciado na região amazônica ocidental, próximo ao Peru; mas não na região do Pará, já que um macaco assado lembra uma criança. Portanto, tal iguaria os remete à antropofagia, que constitui tabu alimentar irrefutável entre os paraenses (RIAL, 2005).

Ainda na região norte, e entre diversificação alimentar, tabus, mitos e seus significados, podemos citar a utilização de tartarugas no preparo de sopas ou de cozidos. Atualmente em risco de extinção, sua degustação tem sido afetada, modificando diretamente uma das representações que antes dela ali se fazia (DANIEL & CRAVO, 2005).

Na pluralidade cultural em que estamos imersos no Brasil, temos a oportunidade de exercitar estranhamento ou familiaridade com um número sem igual de alimentos e seus preparos. Mesmo fazendo parte do que se denomina “cultura brasileira”, nos deparamos frequentemente com aspectos muito particulares que, muitas vezes, nos parecem exóticos. Como afirma Velho (1981), sempre referimos entendimentos e esquisitices que são aferidas pelo nosso conhecimento de mundo e, nem sempre o que nos é familiar é, de fato, conhecido. Faz-se

necessário uma aproximação mais aprofundada para que alguns hábitos ou crenças adquiram algum sentido ou maior clareza. Assim, não é raro julgarmos (positiva ou negativamente) muitas crenças e tabus alimentares presentes em relatos de pacientes e/ou recomendações de saúde feitas por pessoas do nosso convívio.

Quando se fala em nutrição e alimentação encontramos inúmeras convicções de antepassados que perduram como recomendações de senso comum. Entre as primíparas⁹, não faltam referências oriundas da sabedoria popular como, por exemplo, evitar as cólicas do neonato com chás calmantes de camomila e erva-doce ou funcho e, ainda, aumentar a produção de leite materno com a ingestão de cerveja preta e boas quantidades de canjica e outras preparações quentes e fortes. E, vale lembrar algumas experiências no desenvolvimento da criança que envolvem receitas “ricas em vitaminas” para a criança crescer, tais como: “garrafadas” de ovo de pata com cerveja preta e leite condensado, “gemada” (gema batida com açúcar e vinho-do-porto), entre outras que constituíram (constituem) verdadeira tortura alimentar para crianças que “comem pouco” e que, aos olhos da mãe, são desnutridas.

Cresci impedida de comer manga ou melancia com leite. Minha mãe acreditava que estas frutas associadas ao leite faziam mal e quem se atrevesse a ingeri-las poderia morrer. Atualmente, com a produção de sorvetes de todos os tipos de frutas, isto caiu em descrédito e, qualquer um pode desfrutar de uma refrescante mistura de leite com manga e ... não morrer!

Muitos destes conhecimentos primitivos foram incorporados e até valorizados no hábito alimentar atual como, por exemplo, suplementos vitamínicos infantis produzidos pela indústria farmacêutica e a repetição de preparações culinárias regionais, classificadas como patrimônios, à despeito de causar desconfiança ou estranheza aos que não estão inseridos na mesma cultura. As características e

⁹ Primípara- segundo dicionário Aurélio, 1975, p.1138: “diz-se da fêmea que tem o primeiro parto” (FERREIRA, 1975)

tradições culturais alimentares refletem, como tenho procurado mostrar, as condições sociais e econômicas das mesmas, bem como sua história e seus conhecimentos de produção e preparo que podem ser perpetuados, trazendo mais do que o passado lembrado, mas a sua valorização histórica e social, como é o caso das “receitas de família” (HERNÁNDEZ, 2005).

Nessa perspectiva, o Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN), registrou o ofício das baianas de Acarajé e reconheceu a forma de preparo desta iguaria como patrimônio imaterial brasileiro, o que inclui, entre outros, também o modo artesanal de fazer o queijo de Minas e a bebida cajuína, do Piauí (BRASIL, 2000). Para Hernández (2005), tornar patrimônio o que é seu fortalece o senso de pertencimento, criando uma identidade peculiar. Esta valorização cultural de um alimento ou de sua preparação tem incentivado outras regiões brasileiras a manifestarem interesse em tornar patrimônio o que lhe é próprio, especialmente alimentos com risco de extinção, tais como o bolo de mandioca com amendoim, chamado de bijajica, de Santa Catarina e o mel de abelhas nativas das regiões indígenas do Amazonas. Além disso, campanhas apoiadoras da divulgação da cultura alimentar brasileira têm se ampliado na divulgação de frutos nativos e suas diversidades culinárias tradicionais, de forma a partilhar a identidade cultural alimentar de algumas regiões distantes dos grandes centros do país impactadas pela industrialização e sua interferência contemporânea na forma de alimentar (SLOWFOOD, 2013).

Historicamente são conhecidas, também, as estratégias mercantilistas que responderam pelo transporte, muitas vezes intercontinental, de ingredientes e alimentos que passaram a ser alvo de desejo de consumo nas famílias em diferentes culturas, incluindo aí a época dos grandes descobrimentos, que os levaram ao Novo Mundo, e vice-versa. Milho, tomate e pimentão popularizaram-se no Mediterrâneo, a batata na Europa Central, a pimenta do reino, na Índia, e o chá, café, açúcar e chocolate na Europa (MINTZ, 2001).

O açúcar se tornou, assim, um dos maiores exemplos de poder econômico, político e social. No Brasil, a produção e a grande aceitação deste alimento, com a grande expansão da produção em meados do século XIX e consolidação no mercado interno, influenciou diretamente o nosso processo de industrialização e urbanização nas regiões de plantio e produção (RAMOS, 2007). O açúcar trouxe riqueza e, com ela, criatividade culinária em forma de bolos, biscoitos, pudins e compotas. As compotas, frutas cozidas em caldas de açúcar que coloriram e adoçaram minha infância, dispostos em potes de vidro sobre o móvel da sala de jantar da minha casa, tanto quanto era o objetivo na Europa, preservavam frutas maduras sem refrigeração. Sem geladeiras e outros eletrodomésticos de armazenamento de alimentos perecíveis, as caldas doces as mantinham, quando em potes limpos, próprias para o consumo por mais tempo.

Cabe esclarecer que os doces de conservas de frutas tiveram origem em Portugal e França de influência árabe, no final da Idade Média e início da Idade Moderna, foram considerados valiosos para a saúde. Com o tempo novas formas de produção, como os cristalizados, foram cada vez mais aperfeiçoados pela industrialização e até hoje carregamos muitos significados dos doces, como a sobremesa para finalizar uma refeição, mesas de doces nas festas de aniversário ou casamento, jantares especiais, festas religiosas (ALGRANTI, 2005).

Com a grande produção de açúcar, doces de todas as formas chegam às mesas de todos os níveis sócio econômicos, valorizados como oferta, presente, agrado, festa, sociabilidade e agradecimentos, significados distantes da origem de sua produção medicinal e nutritiva. Atualmente, o Brasil é o 4º maior consumidor de sacarose, acima da recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Consumir açúcar, portanto, não é um privilégio, já que, ingerido em excesso, está relacionado com vários problemas de saúde. De todo modo, não se pode deixar de dizer que o seu consumo é compatível com o paladar do brasileiro, que tende mais ao sabor doce (ALGRANTI, 2005; BRASIL, 2016).

Para finalizar, tendo em vista a discussão encaminhada até aqui, considero pertinentes as seguintes palavras de Cascudo (2011):

Obrigatoriamente, uma sociologia da alimentação decorre como princípio lógico dos próprios fundamentos do fato social. Nenhuma outra atividade será tão permanente na história humana. Qualquer concepção do conjunto social no plano econômico e metafísico implica necessariamente o desenvolvimento dos processos aquisitivos da alimentação. (CASCUDO, 2011, p 339)

2.1 Comida da família

A principal influência na formação e construção dos hábitos alimentares são os modelos familiares, sendo que o processo de socialização alimentar é iniciado na infância e estimulado por adultos conforme a cultura na qual estão inseridos (WARDLE, 2005; CROCKETT, 1995). Como salientei no item anterior, em qualquer cultura o alimento constitui um dos requisitos essenciais para a identidade de um povo (LEONARDO, 2009). O seu preparo e os hábitos a ele associados podem, contudo, se modificar com o passar do tempo. Influenciados pelas características de cada época, o ato de comer se transforma e tal transformação se configura como uma necessidade cultural. É assim que novas regras de boas maneiras à mesa são criadas, servindo como dispositivo tanto para implementar relacionamentos intersubjetivos, como para garantir a inclusão social mediante os conhecimentos das mesmas (VISSER, 1998 apud SANTOS, 2005).

Ao valor social das refeições se soma ao da etiqueta à mesa, especialmente aplicada em locais e eventos sociais. Lembro que os restaurantes, cuja origem se encontra na França, fazem referência aos antigos locais de preparo e venda de sopas e caldos para pessoas debilitadas, os chamados “restaurant” que, em francês, significa restaurador. Eles ganharam, com o passar do tempo, *status* de requinte e sofisticação e, atualmente, cumprem com as necessidades fisiológicas das pessoas que não têm suas refeições em casa, mas também são palcos de

compromissos sociais, comemorações, reuniões de negócios e lazer (SPANG, 2003 apud SANTOS, 2005).

Deve-se considerar, ainda que a identidade social de um alimento pode superar o modo cultural particular de se alimentar, ganhando notoriedade e novos significados: festejar, agradecer, ser gentil podem se tornar mensagens traduzíveis em iguarias alimentares. Significados que, ao circularem, especialmente em uma família, podem vir a se consolidar em uma cultura.

A comida, tal qual conhecemos no grupo familiar e social também se constitui de valores econômicos, pois para ser suficiente para uma população e chegar na mesa de uma família, seu processo produtivo requer tecnologia, logística e poder de compra. A distribuição de alimentos produzidos em grande escala pode revolucionar hábitos alimentares e despertar desejos, criando vários outros significados agregados aos valores culinários.

Assim, a alimentação como sobrevivência e todo o conhecimento científico a ela relacionado (e já abordado anteriormente nesta dissertação) se articula com valores sociais e culturais. O que e como se come resulta de tal articulação, o que pode ser intensamente observado e avaliado nos núcleos familiares. Geralmente as decisões de compra e escolhas de preparo dos alimentos são estipuladas de acordo com uma dada estrutura familiar. Não obstante a diversidade de arranjos familiares atuais, o provedor, frequentemente o pai, delega à mãe a organização, planejamento e gerenciamento das refeições familiares. Papéis consonantes com valores socioculturais específicos que atribuem ao homem a chefia da família e à mulher, o cuidado de todos, o que inclui tarefas diárias relacionadas ao preparo de refeições.

Essa divisão de tarefas aliada ao gênero, observada por Wedig e Menache (2008), determina às mulheres a inteira responsabilidade de preparar refeições adequadas e que beneficiem a saúde e o bem-estar da família. As autoras

estudaram a dinâmica familiar entre camponeses do sul do país e verificaram que, mesmo que homens e mulheres trabalhem na lavoura, cozinhar, limpar a casa e cuidar das roupas são atribuições femininas. Atribuições tanto da mãe, quanto da avó e da filha.

Observaram, ainda, que esta obrigação culinária ultrapassa a necessidade fisiológica de se alimentar e alimentar o outro, ganhando o estatuto afetivo de cuidar de todos, cedendo às preferências alimentares dos membros da família, bem como se responsabilizando pelo planejamento de quantidades suficientes para não faltar aos homens, já que comem mais do que as mulheres. Nesta pesquisa, muitas mulheres referiram que os homens comem mais pois trabalham pesado e, ainda, que não preparam suas próprias preferências alimentares se seus maridos não compartilham da mesma opção. Exceção à regra é a refeição de domingo: no dia do descanso e de receber visitas, é o homem quem responde pela cozinha e o churrasco é o que frequentemente se coloca à mesa (WEDIG & MENACHE, 2008).

Ainda no que diz respeito aos papéis sociais ligados ao gênero e à alimentação da família, Assunção (2008) analisou a recepção de programas culinários na televisão e acompanhou o preparo das refeições pelas mulheres pesquisadas. Observou a centralidade da mãe e sua íntima relação com a cozinha no âmbito familiar, confirmando que as práticas alimentares definem atribuições de gênero.

Essa cultura de divisão de tarefas por gêneros se apresenta em todo o mundo, mas nas famílias brasileiras outras características na interligação mãe e comida influenciaram os significados atribuídos às refeições decorrentes da miscigenação de raças e culturas (resultado da mistura de índios, portugueses, africanos e outros povos europeus, tais como italianos, espanhóis, alemães e japoneses, imigrantes que aqui chegaram principalmente no século XIX). A figura da “mama” italiana, por exemplo, é muito forte por aqui e, com ela, o valor de se sentar à mesa representando a união familiar. Sabe-se que na Itália uma refeição

pode durar mais de 3 horas e ser entendida como um momento social de alegria. Esta confraternização familiar também é observada nas famílias de cultura árabe, onde as mulheres passam muitas horas na cozinha, no esmero do melhor sabor para um cardápio com muitos pratos, permitindo que a família aprecie as preparações por mais tempo (LEONARDO, 2009).

Como se vê, o quê e como se come pode tornar-se a referência de uma dada família. Na sua dinâmica, se outorgam simbolismos que relacionam papéis (a função do pai, da mãe). Os deveres domésticos da mulher englobam também os ensinamentos das regras à mesa para os filhos, tais como o uso dos talheres, a mastigar de boca fechada e a não falar enquanto come, além de caber a ela também ensinar a comer tudo o que lhes é apresentado, “comer tudo de tudo” (CANESQUI, 2005; WOORTMANN, 1986 apud CANESQUI, 2005).

Sob o entendimento psicanalítico, também o alimento é algo que traz a questão da nutrição aliada ao afeto, desde os primeiros momentos da vida. Essa associação marca a relação mãe e filho e a amamentação pode responder pelo estabelecimento de um vínculo prazeroso entre ambos. Vínculo cuja projeção se manifesta na preocupação materna, não apenas de garantir que seu rebento se alimente, mas de que se reúna com outros de seu núcleo para à mesa, desfrutar de afetos ampliados.

Discursos religiosos, filosóficos, sociais, morais e até médicos atribuem à mãe a responsabilidade de cuidar da alimentação dos filhos, o que é significado como prova de amor. Atualmente, discursos feministas, em particular os que envolvem a divisão de tarefas domésticas, têm procurado problematizar alguns dos papéis sociais reservados às mulheres. Isso, contudo, não abalou o entendimento acerca, por exemplo, da centralidade nutricional e afetiva do aleitamento materno (BADINTER, 1985).

É certo, contudo, que na contemporaneidade, as mulheres estão mais inseridas no mercado de trabalho e, com as mesmas profissões e funções que os homens, se confrontam com a necessidade de compartilhar as tarefas domésticas, tal como essa questão é pautada no discurso feminista, o que implica ainda maior participação dos mesmos na educação dos filhos. De acordo com Assunção (2008), a cozinha tem dado maior visibilidade a essa gradativa mudança cultural (que se oferece como contraponto aos arraigados comportamentos socioculturais brasileiros). No ano passado se registrou, por exemplo, 47 programas culinários nas TVs abertas e fechadas, com crescente aumento de interesse masculino pelos mesmos. Talvez estes homens se identifiquem com os apresentadores, pois, além de profissionais da cozinha, os chefes que, em restaurantes são tradicionalmente homens, têm mostrado nesses programas bastante destreza e intimidade com o fogão (KANTAR IBOPE MEDIA, 2017). Com a maior exposição de homens na culinária, com notório saber gastronômico, amplia-se a rede de significados que tecem os discursos sobre a alimentação no âmbito familiar e sociocultural (GARCIA & CASTRO, 2011).

E há, também, uma unanimidade em reconhecer que as festas natalinas, apesar de todas as mudanças sociais que impactam nossos hábitos alimentares, ainda representam a união familiar e dos laços de amizade celebrados à mesa. A combinação de simbolismo religioso e ritual afetivo culmina com verdadeiros banquetes emblemáticos.

Esta pluralidade de significados precisa ser levada em conta quando analisamos hábitos sedimentados que, na velhice, indiciam uma longa história em que crenças, afetos e sabores se entrecruzaram, ditando preferências e/ou aversões determinadas nos atos rotineiros nos quais a satisfação da necessidade (matar a fome) fez brotar desejos - expressos ou latentes – de obter prazer com alimento. Isto está marcado na memória e pode se atualizar constantemente.

2.3 Comida sagrada

O hábito alimentar também se associa com a religiosidade de um povo e vários alimentos aparecem como símbolos relevantes em rituais e/ou comemorações religiosas. Nas religiões, via de regra, a comida não tem caráter nutricional ou bioquímico, mas se apresenta como uma forma de linguagem que transmite os seus significados mais nobres (SOUZA, 2014). Cabe lembrar que na história das civilizações, alguns alimentos aparecem com valores sagrados e outros proibidos, quando em causa está uma demanda humana de purificação. Nos funerais de faraós egípcios, além do ritual de mumificação, alimentos eram colocados junto aos mortos para os alimentarem no caminho para onde iam. Na Bíblia, somos confrontados com passagens que mostram a proibição de alguns alimentos entre os cristãos. Os judeus receberam alimento sagrado no caminho da Terra Prometida. Os gregos e romanos ofereciam animais em sacrifício para pedirem a benção dos Deuses (MAES, 2005).

A indubitável importância da cultura alimentar, já referida nesta dissertação, chama a atenção do nutricionista e pede que não se marginalize o necessário entendimento de que há comidas consideradas hereges e/ou sagradas, uma vez que a religião está inserida nos valores sociais e culturais do homem e seus rituais impactam nas escolhas alimentares no âmbito social. Atualmente, estes valores atingem o mercado de alimentos, cuja venda de produtos específicos, agregam simbolismos e fortalecem o elo do homem com o divino através da culinária religiosa como, por exemplo a venda de ovos da Páscoa, doces para o Ano Novo Judaico e o peru de Natal e Ações de Graças.

Na esfera religiosa, não encontramos apenas proibições ou restrições alimentares. Muitos alimentos ou um conjunto deles carregam fortes significados que integram a formação moral e da natureza humana. Ocupam, por isso, lugar de destaque nos encontros de famílias ou de grandes grupos de pessoas. Algumas religiões ditam o que se deve ou não comer, estabelecendo o hábito alimentar

baseado nas regras religiosas. Por vivermos num país laico, e na intenção de relatar brevemente algumas características dos alimentos incluídos e/ou excluídos por determinada religião, elejo algumas das quais representadas por grandes comunidades no Brasil:

2.3.1 Adventismo

Independente do conceito biomédico para a prática do jejum, nas religiões, a abstinência alimentar, que inclui até beber água, pode adquirir significados bastante específicos, em ocasiões especiais. Para os adventistas, por exemplo, está ligada a uma estratégia de meditação, forma de purificação ou sacrifício de um desejo. Vale dizer que adventistas são vegetarianos por acreditarem que Deus forneceu os frutos das árvores como alimento aos homens, e não a carne. Nessa medida, são permitidos: cereais, frutas, nozes e verduras. No que diz respeito aos condimentos, não devem usar mostarda, pimenta e especiarias, para evitar irritação do estômago. Entende-se, ainda, que o uso do açúcar pode afetar o cérebro e sobrecarregar o organismo (SOUZA, 2014).

2.3.2 Budismo

Os monges budistas jejuam diariamente, se alimentando apenas 2 vezes ao dia, prática que procura conter desejos e prazeres, entre os quais aqueles implicados na alimentação. Embora o vegetarianismo prevaleça, em algumas regiões a carne não é proibida; mas budistas devem evitar cebola, alho, cebolinha e alho-poró, considerados alimentos de aroma intenso que, ao excitar os sentidos, interferem no controle dos próprios desejos. Budistas tibetanos não se alimentam de peixes e aves por entenderem que os mesmos são portadores de ignorância.

Cabe destacar, ainda, que alguns alimentos estão fortemente vinculados à busca da felicidade, com destaque para o iogurte, que representa um processo de

remoção de impurezas e o caminho correto da vida, já que é resultado de algo que não implica ferir qualquer animal (SOUZA, 2014).

2.3.3 Candomblé

Nas festas do candomblé, comidas são oferecidas aos orixás, que compartilham a fartura à mesa, de acordo com suas representações da vida humana, revelando características culturais, do preparo até o servir.

Aqui destaco a Feijoada de Ogum, que representa o ferro, já que o feijão é fonte deste mineral e o Caruru de Xangô, divindade da justiça, iguaria sagrada que se compartilha com muito quiabo. Mas, no geral, em qualquer festa, os pratos contêm camarão seco, óleo de dendê, inhame, quiabo, entre outros ingredientes típicos da cozinha baiana. Os doces marcam a distribuição farta de guloseimas para as crianças, na festa de São Cosme e Damião, como representação da continuidade humana, que também tem o caruru oferecido primeiro para as crianças.

Ainda sobre o caruru, este prato se mostra bem significativo nas datas comemorativas na Bahia, onde se predomina o Candomblé, agregando valores culturais herdados da África com ingredientes específicos como quiabos em rodelinha, camarão seco, amendoim, castanha de caju, dendê e temperos (CASCUDO, 2002; LODY, 2004; CRUZ et al, 2008; SOUZA, 2014).

2.3.4 Catolicismo

No catolicismo, as passagens da Bíblia nos apresentam muitos simbolismos: desde o fruto do pecado original, simbolizado pela maçã, até a Santa Ceia, com a partilha do pão e do vinho realizada por Jesus Cristo a seus discípulos antes de sua morte. Nesta religião, algumas restrições alimentares se aplicam somente a datas especiais, como por exemplo a ingestão de carne durante o período da Quaresma,

especialmente na Sexta-feira Santa. O peixe aparece como sagrado se contrapondo ao consumo da carne na Semana Santa, culminando com a tradição do bacalhau nesta época. Alguns católicos jejuam na Semana Santa, tendo como referência o pecado da gula, o que não é tão comum nos dias atuais (SOUZA, 2014).

E é no Natal, festa trazida pelos missionários portugueses em comemoração ao nascimento de Cristo, que a ceia entre familiares e amigos, é regada por bebidas, comidas e muitos doces. O peru e o porco são pratos principais obrigatórios, seguindo a tradição portuguesa. Algumas culturas mantêm a festa até o Dia de Reis, com alusão aos Reis Magos que foram presentear Jesus, distribuindo presentes e compartilhando guloseimas (MORAES, 2013).

2.3.5 Hinduísmo

No hinduísmo, o jejum varia de acordo com o mês do ano e se traduz como forma de comunicação com a divindade devotada. Realiza-se através da restrição ao arroz, trigo, lentilha, sal, cebola e alho e dura do nascer ao pôr do sol. Os hindus são lacto vegetarianos. Como se sabe, para eles, a vaca é um animal sagrado porque fornece o leite divino. A manteiga, chamada de *ghee*, é fervida e clarificada para que se torne livre de impurezas. No hinduísmo, a alimentação recebe influências da culinária *Ayurveda*, cujo sistema complexo classifica os alimentos pelas qualidades da natureza, tanto para provocar disposição como irritação (SOUZA, 2014).

No hinduísmo mais de 500 festivais religiosos envolvem muitas comidas com ingredientes de consumo rotineiro, com o arroz na base das preparações, somados à leite, vegetais e coco, além de muitos doces tradicionais.

2.3.6 Islamismo

O maior período de jejum é o Ramadã, que acontece no nono mês do calendário islâmico e proíbe comer, fumar, beber ou ter relações sexuais do nascer ao pôr do sol. É um dos pilares obrigatórios na adoração à Allah que significa a purificação espiritual. Aliás, a purificação da alma dita as regras alimentares que decorrem da partição de alimentos bons e ruins, ou *Halal* e *Haram* respectivamente; sendo que, no primeiro, entram leite de vaca, ovelha, camela e cabra, peixe, mel, verduras e legumes, frutas, grãos e animais abatidos de acordo com as leis islâmicas. Os alimentos proibidos, considerados prejudiciais para a crença, saúde e moral, descritos no Alcorão¹⁰, por sua vez, são cachorros, burros, anfíbios, reptéis, animais carnívoros, aves de rapina e noturnas, insetos, porco e derivados, sangue de qualquer animal, colágeno e extrato de baunilha. Os islâmicos fazem verdadeiros banquetes na quebra do jejum no Ramadã (SOUZA, 2014; <<https://www.islamreligion.com/pt/>>).

2.3.7 Judaísmo

No Judaísmo, em alguns dias do calendário religioso, o jejum se faz por lembranças de fatos importantes da história judaica e um dos mais importantes deles é o do *Yom Kippur*, o dia do perdão, que dura 24 horas e por ser no fim do ano judaico, marca o início de um novo ano, com a renovação do corpo e da consciência.

É no judaísmo que encontramos a complexidade da alimentação chamada kosher, palavra que significa “de acordo com a lei religiosa”. Ela está, portanto, relacionada com o bem-estar espiritual e exclui alimentos considerados impuros,

¹⁰ Alcorão – livro sagrado escrito durante a época de Muhammad e sua preservação detalhada até o dia de hoje é um fato que o faz muito diferente de todas as outras religiões (<<https://www.islamreligion.com/pt/> - acesso em 18/11/2018>).

quais sejam: anfíbios, insetos e animais que se arrastam pelo chão. O abate dos animais é supervisionado pelo Rabino¹¹, para que sigam os preceitos Kosher. E talvez, a regra mais marcante neste tipo de alimentação seja não ingerir leite e carne na mesma refeição, ou aguardar no mínimo 3 horas para ingerir um ou outro, o que está escrito no livro sagrado, a Torá. Nela também se encontra outra prescrição: “não se deve cozer o cabrito no leite da mãe”. Até o preparo de um ou de outro é feito em locais específicos da cozinha, não se utiliza os mesmos utensílios para o preparo de ambos e não são armazenados juntos. Os que são considerados religiosos, em qualquer parte do mundo adquirem alimentos com o selo de procedência e aprovação religiosa e fora de casa se alimentam apenas em restaurante kosher. Cabe ressaltar que nas famílias kosher, somente a mãe pode manusear e preparar os alimentos. Além dos judeus ortodoxos, que seguem a alimentação kosher, outras proibições alimentares ganham destaque em períodos especiais, como o *Pessah*, quando não se consome nenhum alimento fermentado por uma semana.

No judaísmo encontramos vários alimentos, repletos de simbolismos relativos à própria história dos hebreus. O vinho representa a alegria festiva, o pão é o alimento sagrado da sobrevivência, assim como os cozidos de carnes e leguminosas. Os doces, do mel e de preparações com açúcar atraem um ano novo doce. A proibição permanente é o sangue de qualquer animal. Os alimentos permitidos são ovelha, boi, cabra e veado por terem patas fendidas e porque são ruminantes. Peixes com nadadeiras e escamas e aves que não de rapina, como galinha, peru, ganso, pato e pombo também são permitidos (SOUZA, 2014).

Este pequeno resumo da complexidade simbólica dos alimentos em diferentes religiões nos mostra que todos convergem para a humanidade solidária, que divide e compartilha alimentos e para a construção da felicidade e do bem-estar

¹¹ Rabino –Lider da comunidade judaica, como profundo conhecimento da religião judaica, incluído os textos sagrados, tradições, história e simbolismo judaico (<<https://conceitos.com/rabino/> - acesso em 18/11/2018>)

físico e espiritual. Isto deve alertar os nutricionistas sobre a importância de ouvir as regras alimentares que orientam particularmente os sujeitos-alvo de sua ação clínica. As orientações dietéticas devem se guiar pelo entendimento destas regras e o profissional, atentar para a relevância dos simbolismos que envolvem os hábitos alimentares de seus pacientes.

Apesar da identidade social de cada indivíduo numa sociedade, sua formação é um conjunto de crenças e valores que determinam a heterogeneidade cultural de seu repertório culinário, para nos especificarmos no objeto desta dissertação, mas não deixando de lado outros pontos como religião, política, vestuário e idioma (VELHO, 1986). A possibilidade de transitar por diversas culturas nos faz dar conta do quanto são diferentes e como podem nos causar estranheza, em especial, a comida que consideramos exótica, seja por agregar ingredientes inusitados, seja por se basear no consumo de todo tipo de animais. Devemos, do meu ponto de vista nos deixar tocar pelo conceito de “naturalização” que, em antropologia, pode referir o fato de que “as coisas são como elas devem ser” (CONCONE, 2011, p.55).

Assim, a comida envolve pessoas, emoções e histórias e pode colaborar com a memória social de uma comunidade (SANTOS, 2011). Weber (1944), inclusive, atenta para o fato de que a comunidade pode apoiar-se nos fundamentos afetivos, emotivos e tradicionais e, desta forma, na mais adequada expressão de comunidade familiar, uma vez que uma comunidade, no seu sentido normal pode ser sustentada por certos fins racionais. A comida na comunidade familiar é compartilhada através do poder de compra e significados atribuídos pela cultura.

2.4 Comensalidade, Etnonutrição e a clínica com idosos

Como já vimos, a alimentação do ponto de vista antropológico, é algo que nos remete a um universo bastante amplo: envolve o atravessamento dos sujeitos pelos mais variados aspectos (religiosos, culturais e sociais) que, por sua vez, se veem refletidos na sua relação com a comida. Nessa perspectiva, comer é mais que ingerir um alimento, uma mistura de nutrientes com reações químicas no corpo. É a manifestação da história de um indivíduo ou de um povo, delineada pelas condições econômicas, geográficas e de valores sociais. Assim, crenças e afetos se materializam na comida.

Socialmente, o ato de comer tem seu significado atrelado ao de “comensalidade”, termo derivado do latim - “mensa” - que significa conviver à mesa. Não abrange unicamente o padrão alimentar ou o que se come, mas aspectos de sociabilidade e vida compartilhada. Como destacado no Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (BRASIL, 2012, p.14): “o ato de comer, além de satisfazer as necessidades biológicas é também fonte de prazer, de socialização e de expressão cultural”, sendo, portanto, o processo da alimentação a manifestação do desejo envolto de hábitos, religião, costumes, rituais, etiquetas e as diversas experiências vividas agregando-se o valor social no processo de formação do hábito alimentar de uma população (CARNEIRO, 2003).

A comensalidade transpassa, então, relações nas diversas classes sociais e até entre elas, em particular nas comemorações, quando há sempre algum tipo de alimento ou bebida distribuída aos presentes, associando prazer a quem recebe e a quem cabe oferecê-la. E vemos cada vez mais a mesa contemporânea se distanciar das boas maneiras exigidas às crianças, como por exemplo, não conversar à mesa e não falar enquanto mastiga, quando este cenário se reserva seja para reuniões de negócios, encontros com amigos de longa data e animados almoços dominicais de família, o almoço como intervalo de uma jornada de trabalho ou um jantar de namorados.

No Brasil, o café marca a gentileza e alegria de um encontro e as relações amistosas se destacam pelas trocas de alimentos, seja numa visita ou no agradecimento de uma reunião. E até em situações fúnebres, há a preocupação de alimentar os que prestam sua última homenagem ao falecido ou passam um tempo velando o corpo (MAES, 2005).

Conhecer os aspectos culturais que definem o hábito alimentar é uma tarefa trabalhosa para muitos nutricionistas. A deficiência deste conhecimento na graduação do profissional, bem como a alta velocidade de propagação de informações pelas plataformas digitais, especificamente na área de nutrição e alimentação, são fatores que induzem esse profissional às prescrições imediatistas, baseadas em modelos médicos de adequação científica.

É necessário se aprofundar na história alimentar do indivíduo que busca a orientação nutricional e isso me parece mais importante, ainda, quando este paciente é mais velho. Ele carrega consigo nuances culturais nem sempre familiares à prática profissional; razão pela qual o nutricionista deve abrir espaço no âmbito de seu conhecimento técnico-científico para escutá-las quando prescrever uma dieta para um idoso. Insisto, mais uma vez, que entendo ser essa uma condição básica para garantir a adesão do mesmo ao tratamento proposto.

Já que os hábitos alimentares refletem um estilo de vida e estão intimamente relacionados à qualidade que se imprime ao viver, uma vez que há recomendações nutricionais para a melhor saúde, as dietas restritivas por motivos de doenças específicas ou para perda de peso, podem ser de difícil adesão, em especial entre idosos. A memória afetiva alimentar afeta as escolhas alimentares dos mais velhos, como observadas por Silva *et al* (2015), ao entrevistar idosas na cidade de São Paulo. As lembranças alimentares da infância se evidenciaram no cotidiano, frente as escolhas e na associação da imagem da mãe com as mesmas, embora os hábitos alimentares atuais agreguem novos alimentos e eventos religiosos também influenciem na rotina alimentar.

Associado ao aprendizado, o desenvolvimento do hábito alimentar baseado na cultura, bem como a memória alimentar está relacionada com a visão, paladar e olfato. Em especial, a experiência da memória olfativa difere do processo de outras informações sensoriais e ainda é mais intensa para memórias com odor do que para as induzidas por palavras e imagens. Além disso, alguns pesquisadores sugerem que as memórias olfativas podem ser mais emocionais do que as experimentadas por outros processos sensoriais (ATTEMS, 2015).

A limitação ou perda do olfato é comum na população idosa, cuja prevalência, com taxas acima de 50 % para indivíduos de 65 a 80 anos e se associa com várias doenças neurovegetativas, como por exemplo, demências do tipo Alzheimer, Parkinson e outras. A diferenciação de odores envolve o hipocampo e, portanto, está relacionada com a memória olfativa e esta pode ser mais emocional do que a lembrança experimentada por outros dispositivos sensoriais (ATTEMS, 2015). O prazer decorrente de um alimento está relacionado com todos os receptores sensoriais, mas, associado ao olfato, que por sua vez desencadeia a memória olfativa, há o sabor experimentado na língua e resultante da junção olfato e paladar (SILVA, 2015).

Na clínica, o nutricionista faz uso da anamnese alimentar para investigar preferências e aversões alimentares, cujos dados contextualizam o hábito constituído por proibições, ou seja, alimentos que não entram na prescrição dietética e, os que se apresentam com frequência, como parte da sobrevivência, carregados de cultura e memórias. Este primeiro contato com o paciente exige do profissional o entendimento do que nem sempre está adequado às recomendações científicas populacionais, mas que, quando consideradas na orientação nutricional, podem aproximar o profissional do paciente com empatia, cuja afetividade facilita a comunicação e a adaptação do conhecimento empírico do paciente ao conhecimento científico do profissional, viabilizando a adesão à dieta.

É certo que o conhecimento técnico científico do nutricionista se aplica na busca da melhor saúde, porém não de forma impositiva, mas amistosa. O nutricionista é capaz de calcular as necessidades nutricionais quantificando os alimentos de uma dieta baseados nos preceitos biológicos de sua formação acadêmica, porém deve também, ter um olhar etnográfico de reconhecimento dos valores dados aos alimentos, pelo aspecto cultural.

Retomando nosso objeto de estudo, no atendimento nutricional ao idoso, levam-se em conta ainda, possíveis modificações dietéticas necessárias quando está em causa algumas doenças e interações medicamentosas que podem interferir na aceitação da alimentação. A inclusão de alimentos ou preparações que façam parte do repertório cultural do idoso (e que, portanto, estejam na sua memória afetiva), colabora para sua adesão à dieta proposta, contribuindo para a adequação nutricional. Isso é importante na medida em que estudos apontam para o fato de que a ingestão alimentar, influenciada por fatores fisiológicos, relacionados à redução de apetite, distúrbios de deglutição, diminuição da capacidade gustativa e olfativa, contribuem para menor absorção de vitaminas, minerais e outros nutrientes, provocando depleção do estado nutricional e de saúde (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2014).

Neste contexto, é importante entender os fatores que permeiam a antropologia da alimentação para melhor compreensão do como e do porque as pessoas se alimentam. Como tivemos a oportunidade de ver, várias são as simbologias para os alimentos e preparações culinárias que esclarecem a sociabilidade em torno da mesa. A restrição alimentar rompe com a alegria e prazer da comida e, por isso, não se deve limitar a dieta unicamente pelo ponto de vista biológico, como imposição ao prolongamento da vida, mas considerar o significado da comida como bem-estar na velhice, agregando afeto, emoção, sociabilidade e alegria (SILVA & CÁRDENAS, 2007).

Deve-se considerar, ainda, que idosos são os responsáveis pela propagação cultural e simbólica dos alimentos, passada de geração a geração, cujos valores

sociais determinam a identidade do eixo familiar. Porém, a situação socioeconômica pode ser um vetor impactante neste fenômeno, especialmente com homens e mulheres trabalhando fora de casa conflitando com as obrigações familiares no cuidado do idoso, a partir de instrumentos jurídicos e referências biológicas, psicológicas, religiosas e morais (SARTI, 2004).

A alimentação da família contemporânea tem refletido a necessidade de facilidade e conveniência, o que desperta oportunidades mercadológicas de industrialização de alimentos que atendam estas necessidades. Mas em paralelo à esta facilidade, a alimentação tem sido um ponto nevrálgico na discussão da saúde, em especial no processo do envelhecimento saudável, com abundância de novas informações, veiculadas pelos profissionais de saúde, mídia e amigos/parentes, induzindo os responsáveis pelos cuidados do idoso a dissociar sua alimentação do prazer, sua memória e sua história, impondo uma dieta constituída de alimentos estranhos que prometem longevidade e saúde ou, ainda, uma alimentação considerada mais apropriada para os velhos: as “comidas de velhos”.

A conduta alimentar do idoso baseada nas alterações fisiológicas inerente ao processo de envelhecimento, e por vezes associada à alguma doença, requer cuidados e modificações que envolvem toda a família, desconectando a identidade social do contexto cultural da família e podendo afetar sua vontade de comer ou ainda, num cenário ainda mais comprometedor do ponto de vista da adequação alimentar para a saúde: um idoso viúvo, que mora sozinho, tem seu apetite afetado pela ausência do companheiro, como analisado na pesquisa de Freitas (2008), cuja relação da inapetência se alinhavou com a ausência de referências comum ao outro afetivo. A solidão de um idoso ao comer parece ser mais importante que qualquer outro problema de saúde.

A companhia à mesa foi avaliada por Martins (2024) num Centro Dia, onde se verificou que os idosos pesquisados se desconectavam das lembranças familiares e a escolha por se alimentarem na Instituição estava relacionada com a

sociabilidade, enaltecendo a amizade, o convívio. Também num Centro Dia, Santos (2011) verificou que os idosos valorizavam a qualidade alimentar recebida, com significados de saudáveis e não presos à memória afetiva alimentar. Os vínculos de amizade estabelecidos à mesa avivam a sensação de pertencimento no grupo, no local e no valor social (CASCUDO apud HOLLAND & SZARFAC, 2006).

Para o antropólogo Roberto da Matta (1996), comer com amigos é prazeroso, harmoniza e articula as relações sociais. A comida é capaz de trazer união, simbolizada pela comunhão do mesmo prato e dos mesmos sabores. E uma orientação alimentar restritiva pode privar o idoso dessa importante manifestação de afeto. A comida que não alimenta somente o corpo, nutre o espírito e a união das pessoas (BOFF, 2004).

Outro fator importante em não aderir à recomendação alimentar está associado ao esquecimento, demonstrado em estudos pela associação da insuficiência cardíaca e disfunção cognitiva, prevalente nos mais velhos, mesmo sem o quadro de demência, comprometendo ainda mais a presença de doenças crônicas inerentes à idade, bem como sua capacidade funcional (ESTRELA *et al*, 2017).

Numa avaliação da adesão à orientação nutricional no tratamento de idosos diabéticos, na cidade de Curitiba, Nascimento *et al* (2014) verificou que mais da metade do grupo investigado referia fazer uma dieta para o tratamento, mas a maioria não havia sido orientada por nutricionista, e metade deles usavam informações baseadas na mídia e na cultura popular. E, ainda, como é comum observarmos na clínica, metade dos entrevistados que foram orientados por nutricionistas, confessaram que seguiam parcialmente as prescrições, se atendo apenas a diminuir o consumo de doces. Este estudo nos faz refletir sobre o gargalo da comunicação profissional, já que a orientação técnica parece não atravessar as crenças sendo, portanto, ineficazes na mudança dos hábitos alimentares que afetam negativamente a saúde.

A comida vai além de uma necessidade primária, incorpora necessidades sociais e sustenta a identidade, expõe distinções sociais (WOORTMANN, 2004).

O nutricionista, portanto, deve orientar toda a família e os envolvidos no cuidado com o idoso, através do entendimento etnográfico da alimentação naquele núcleo, incluindo o que não lhe é conhecido, porém repleto de simbolismos, numa conduta nutricional factível, apesar da complexidade científica e gastronômica exigidas na elaboração de uma dieta. É necessário se aprofundar na cultura do paciente para de fato, conhecer o desconhecido, e assim, saber compor uma orientação nutricional que ao mesmo tempo favoreça a saúde e as necessidades específicas da idade ou de uma doença, mas que mantenha seu padrão cultural e afetivo (VELHO, 1981).

Nesta pluralidade alimentar o hábito sedimentado na velhice, carrega sua história, suas crenças, suas preferências, suas aversões e suas memórias. Todos estes aspectos devem ser considerados na orientação dietética em qualquer situação de doença e manutenção da saúde na velhice, na tentativa de permitir que através da comida, mantenham o elo com a vida que sempre viveram.

CAPÍTULO 3

Prescrições e receitas à mesa

Neste terceiro capítulo, encaminho uma discussão que decorre de uma pesquisa de campo. Como assinali na Introdução, esta Dissertação contou, do ponto de vista metodológico, com uma revisão bibliográfica sobre temas pertinentes à reflexão (o que se encontra nos dois capítulos iniciais) e com um Estudo de Caso Clínico, entendido como campo fértil para trazer à luz a prática de um nutricionista e as questões que lhe são suscitadas pelo atendimento de idosos. Procurei, aqui, movimentá-las levando em conta o debate teórico encaminhado anteriormente. Tomei-o, portanto, como operador de leitura dos dados clínicos apresentados.

Segundo Schramm (1971, apud YIN, 2010, p. 31), “a essência de um estudo de caso [...] é que ele tenta esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões: o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados”. Tal afirmação está em consonância com os objetivos elencados para a realização desta pesquisa que, em última instância, problematiza a tendência, na clínica da Nutrição, de se adotar um ponto de vista biologizante sobre a vida. Por isso, elegi estudar o atendimento de um paciente idoso cuja história clínica pode contribuir para uma reflexão que articule o exercício da profissão de Nutricionista com uma concepção do processo de envelhecimento (e, conseqüentemente, de velhice) que atente para a multidimensionalidade da vida humana.

De acordo com Yin (2010, p. 33), “a pesquisa de estudo de caso pode incluir tanto estudos de caso único quanto de casos múltiplos”. Minha opção é pelo **estudo de caso único** e ela se justifica levando em conta a afirmação abaixo:

Encontra-se um fundamento lógico para um caso único quando ele representa o caso decisivo ao testar uma teoria bem formulada [...]. O caso único pode, então, ser utilizado para se determinar se as

proposições de uma teoria são corretas ou se algum outro conjunto alternativo de explicações possa ser mais relevante (p. 62) (grifo meu).

Não é sem razão, portanto, que trago o caso clínico do Sr. Francisco. Considerei que o mesmo é representativo, quando se aborda a questão alimentar do idoso, que sua história (que envolve um acompanhamento longitudinal de 10 anos) e a conduta clínica do mesmo poderia ser revelador de alguns pontos que merecem, do meu ponto de vista, detenção e análise. Enfim, a opção pelo “Estudo de Caso Clínico” vai ao encontro de um dos objetivos desta dissertação, qual seja, o de colaborar na formação de novos nutricionistas, revelando dúvidas, angústias, sucessos e insucessos na orientação dietética. Além disso, tal dispositivo metodológico é, como assegura Yin (2001, p.19):

a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo ‘como’ e ‘por que’, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

É isso exatamente que está em causa nesta dissertação: uma temática contemporânea na qual se articulam processo de envelhecimento, velhice e orientação alimentar para uma melhor qualidade de vida. Vale lembrar aqui o modo como Agamben (2009, p.64) define o que é contemporâneo: “contemporâneo é aquele que recebe em pleno rosto o facho de trevas que provém do seu tempo”. Na perspectiva desse autor, isso quer dizer que não há qualquer tipo de obviedade em fatos que são ditos contemporâneos. Eles só podem receber tal adjetivação se são fonte de indagação para alguém (por isso, têm relação com o “facho de trevas”). Debruçar-me sobre um caso clínico me coloca nessa dimensão, uma vez que, em vez de respostas, seu desdobramento é fonte de perguntas. Enfrentá-las será, espero, a riqueza da reflexão que pretendo encaminhar.

Yin (2001) aponta para um preconceito tradicional em relação a estratégia de estudo de caso. O autor acredita que possa haver uma preocupação com a falta de rigor, porém não é este o caso se o pesquisador expuser com toda sorte de detalhes a estratégia que dá forma ao estudo de caso, definindo com clareza todas as tomadas de decisões investigativas. É o que passo a esclarecer a seguir.

3.1 Planejamento do Estudo de caso

a) Delimitação da unidade caso

A seleção do caso foi feita em uma lista de pacientes idosos (com idade acima de 60 anos, portanto) atendidos em nossa clínica¹², no período compreendido entre 2012 e 2017. Desse total, 321 pacientes se encontravam na faixa etária entre 61 e 70 anos; 123, entre 71 e 80 anos e 29 contavam com mais de 80 anos. O primeiro critério na seleção do(s) sujeito(s) da pesquisa foi o de identificar aqueles que retornaram depois da primeira consulta o maior número de vezes. Isso porque, eu entendia que tal critério poderia favorecer a problematização de questões que o motivaram a: a) se manterem vinculados à proposta de tratamento; b) afastar-se da mesma, especialmente com orientações alimentares restritivas propostas pelos seus médicos. Como opto pelo Estudo de Caso Único (e não coletivo), desta pré-seleção, restou aquele que pudesse contribuir com uma riqueza maior de questões sobre os manejos da conduta alimentar e seus efeitos sobre o paciente.

É preciso destacar que minha seleção recaiu sobre um caso em que sucesso/insucesso terapêutico estavam em questão. Explorar seus determinantes me coloca no interior de uma dinâmica que, tendo em vista a revisão crítica da literatura, refina a minha escuta e certamente a minha conduta no passo da orientação dietética. Nela, me deixei instigar pelo “por que” e pelo “como”. Pela

¹² Clínica de Nutrição particular na cidade de São Paulo, formada por 14 nutricionistas e com atividades na área de cozinha experimental, assessoria à indústrias de alimentos e atendimento para avaliação e orientação dietética para crianças, adultos e idosos.

escassez de discussões de casos sobre a evolução clínica de idosos em acompanhamento alimentar ambulatorial, a realização de estudo de caso único se justifica quando se servir, segundo diz Yin (2001), a um propósito revelador, como é o que exploraremos ao longo da discussão relativa ao acompanhamento clínico do paciente selecionado.

b) Classificação do estudo de caso

O estudo deste caso clínico tem natureza analítica e exploratória. Foi de fundamental importância a obtenção de informações preliminares do sujeito que me forneceu dados para questionar o manejo da orientação alimentar do estudo, bem como de fatos relacionados à sua memória alimentar e os impasses de sua adesão à dieta. Por isso, além de consultar o prontuário, me propus a entrevistá-lo. Um cruzamento entre os dados de ambas as fontes serviu de subsídio para a discussão/análise dos mesmos.

Esclareço, ainda, que sigo de perto o que diz Bauer & Gaskell (2008, p. 65) sobre a pesquisa qualitativa, na qual, segundo os mesmos parte-se do “pressuposto de que o mundo social não é um dado natural, sem problemas”, ao contrário, ele é construído cotidianamente, influenciado pelo conhecimento e experiências do seu ambiente e, tais construções passam a constituir a “realidade essencial das pessoas, seu mundo vivencial”. Lembro, também, que esse tipo de pesquisa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 1994).

c) Critério de inclusão e exclusão

Foi convidado a participar desta pesquisa, um paciente cuja idade é superior a oitenta anos, e que foi avaliado e acompanhado por mim mais 10 anos; inicialmente com objetivo de perda de peso corporal e, no decorrer deste período, para adaptação alimentar a novas situações clínicas. Ao aceitar o convite, o mesmo foi incluído e esclarecido sobre o modo como se conduziria a coleta dos dados e os demais passos da pesquisa.

O paciente é idoso (84 anos) e o critério axial de escolha, para além da idade, foi a história clínica, que motivou o tempo prolongado de acompanhamento marcado, como se verá, por uma grande riqueza de dados, nos quais se colocaram, de modo bastante enriquecedor desafios para o exercício da profissão. Entre eles, o refinamento de uma escuta que envolvesse memória afetiva alimentar para melhor manejar questões relativas à adesão ou não ao tratamento.

d) Aprovação para realização da pesquisa pelo Comitê de Ética em

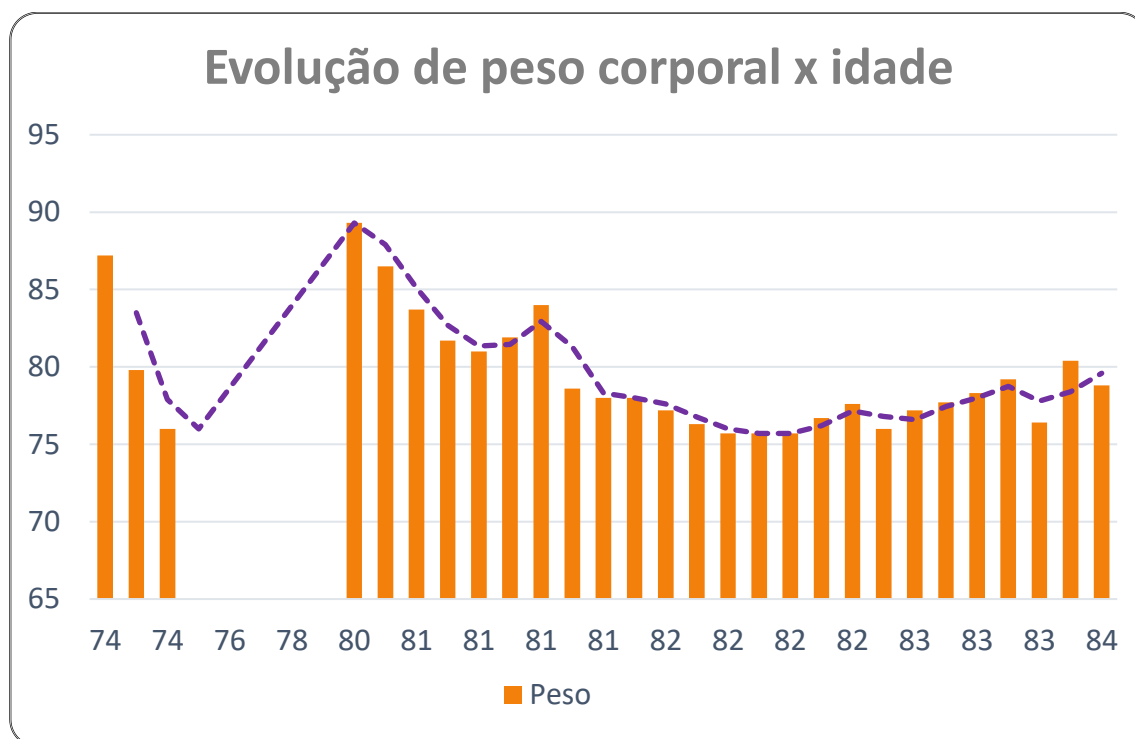
Pesquisa da PUC-SP

O Projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Instituição, respeitando os direitos do sujeito e os deveres do pesquisador. A aprovação se deu sob número 2.813.832. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi devidamente assinado pelo participante do estudo de caso.

3.2 Na consulta: o dizer e o silenciar

Início este estudo de caso, com a apresentação gráfica (gráfico 1) dos resultados obtidos com o tratamento, tendo em vista o objetivo central do Sr. Francisco de perda de peso. Mais adiante, esclarecerei que, embora tal objetivo tenha se mantido constante, sua motivação foi diferente, nos diferentes momentos deste prolongado processo.

Gráfico 3 - Evolução de peso corporal do Sr. Francisco durante o tratamento nutricional



Sigo com os relatos, pinçados nos encontros, pontuando os fatos que nortearam minha conduta de orientação dietética, bem como contextualizando as narrativas do Sr. Francisco relativamente à sua demanda e à sua alimentação. O gráfico apresentado, incorporado às análises/interpretações dessas mesmas narrativas, constitui o *modus operandi* deste estudo, desde seu prelúdio até seu desfecho.

Esclareço que neste espaço, trago partes selecionadas das anotações feitas por mim no prontuário do paciente e que considere importantes como fios condutores da reflexão que encaminho, já que nelas está implicada a complexa relação entre determinantes biológicos e psicossociais da alimentação, incluindo aí os desejos (nem sempre explícitos) de um homem na velhice.

3.2.1 As primeiras consultas

Em junho de 2008, num dia intenso de atendimento, próximo ao horário do almoço, vi que havia um novo paciente na minha agenda. Minha sala fica no piso superior de um sobrado e me aproximo da escada para recebê-lo. Encontro um homem de cabelos brancos e olhos azuis que aceita meu convite para que suba as escadas. Ele o faz lentamente, degrau a degrau, com dificuldade. O Sr. Francisco estava sozinho, o que é raro, pois geralmente idosos vêm acompanhados de filhos, cônjuges ou de um cuidador.

O paciente, que contava àquela época com 74 anos de idade, relatou-me o motivo da consulta: sofria com muitas dores no quadril, efeito de desgaste intenso no fêmur e por esta razão, estava com cirurgia marcada para colocação de uma prótese. Para tal, precisava perder peso, o que poderia lhe assegurar uma melhor recuperação.

Advogado e envolvido em várias atividades sociais e culturais fora da profissão, relatou intimidade com dietas para emagrecer desde os 30 anos, mas sempre medicado e acompanhado por médicos. Referiu ter parado de usar anorexígenos, pois sofreu três acidentes de carro num período de 15 dias e atribuiu tal ocorrência aos efeitos colaterais de tais medicamentos. Caminhava matinalmente na tentativa de manter seu peso habitual, 82 quilos, um pouco inadequado para sua estatura de 168 cm com respectivo IMC= 28¹³. Porém, as dores atuais o impediam de realizar tal rotina, razão pela qual estava com 87 quilos. Consequentemente, esse aumento de peso agravou o seu quadro clínico.

¹³ O IMC (Índice de Massa Corpórea), calculado através da divisão do peso, em kg, pela altura, em metros, elevada ao quadrado - kg/m^2 - é o cálculo mais usado para avaliação da adiposidade corporal. Na classificação adaptada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), convencionou-se chamar de sobrepeso o IMC de 25 a 29,9 kg/m^2 e obesidade o IMC maior ou igual a 30 kg/m^2 e de excesso de peso o IMC maior ou igual a 25 kg/m^2 (ABESO, 2016).

Antes de detalhar sua alimentação, listou toda a medicação em uso: entre complexos vitamínicos, analgésicos e anti-inflamatório (para as dores), também anti-hipertensivo e anti-dislipidêmico (para o controle da pressão arterial e dos níveis de colesterol). Disse-me ainda que seu sono era ruim, com pesadelos e muitas câimbras, o que resultava em cansaço durante o dia. Apesar da profissão ser muito estressante, considerava-se emocionalmente equilibrado. Negou tabagismo, mas afirmou gostar de cachaça e se render à bebida nos fins de semana.

No que diz respeito especificamente à alimentação, disse-me que as refeições eram realizadas em casa. Isso porque sua rotina era acordar às 7h e trabalhar durante o dia na própria residência. O almoço acontecia normalmente às 14h e, ao seu término, ia para o escritório e lá permanecia até às 20h. O jantar acontecia às 21h30. Depois de todos os relatos importantes da anamnese alimentar, me preparei para escutar atentamente o que tinha a me dizer sobre seus hábitos alimentares. Deixou claro que não apreciava comida crua, como a japonesa, por exemplo; também não gostava de melancia, pepino, comia pouca hortaliça e raramente peixe e ave.

As refeições eram preparadas pela funcionária da casa que selecionava o cardápio de acordo com as preferências do Sr. Francisco. Era divorciado e morava sozinho. Embora tenha se casado novamente, não residia com a esposa que, contudo, morava no mesmo prédio e andar que ele. Essa proximidade não lhe garantia companhia às refeições. Segundo o mesmo, a atual esposa tem duas filhas jovens e ele não achava adequada a convivência com elas na mesma casa.

Em meio aos seus relatos, eu já pensava na melhor forma de orientá-lo, já que suas preferências alimentares, como se verá a seguir, se desencontravam de sua necessidade de perder peso e melhorar a qualidade nutricional adequada à sua faixa etária. Vejamos seus hábitos alimentares:

- **café da manhã:** comia mamão e, às vezes, acrescentava banana ou maçã. Logo depois de ingerir os medicamentos, tomava leite ou iogurte desnatado com cereais matinais, uvas passas, mel com própolis. Tomava café puro e comia queijos curados;

- **almoço:** sempre havia arroz e feijão e, como prato principal, filé bovino, linguiça, fígado bovino, rabada, língua ou outras preparações de proteínas animais. Como sobremesa, fruta. Quando questionado, respondeu que as preparações eram caseiras sem cuidados especiais quanto à gordura ou sal;

- **escritório:** tomava café várias vezes ao dia, não comia nada e quase não tomava água;

- **jantar:** sopa, à qual acrescentava fruta, pão, bolachas e doces. Muitas vezes, jantava sozinho.

Analisando tais hábitos tendo como base os dez passos preconizados pelo do Ministério da Saúde (2010) para a alimentação saudável da pessoa idosa, apresentado no Capítulo 1, observamos o seguinte:

- o Sr. Francisco não fazia os dois lanches intermediários;
- não comia arroz integral e consumia raízes e tubérculos na sopa do jantar;
- não comia verduras cruas, comia legumes na sopa do jantar e comia frutas no café da manhã, almoço e jantar;
- incluía arroz e feijão todos os dias, gostava de queijo, mas as preparações de carnes vermelhas eram gordurosas; não gostava de aves e peixes;
- gostava de doces na sobremesa do jantar diariamente;
- não usava saleiro à mesa, mas não fazia restrição de sal nas preparações das refeições;
- não tinha o hábito de se hidratar com água pura durante o dia;
- mantinha caminhadas diariamente, agora limitado pelas dores no quadril e membros inferiores; não fumava, mas gostava de bebida alcóolica nos fins de semana.

Levando tudo isso em conta, agora, neste estudo de caso, devo esclarecer que à época da consulta inicial, não apliquei as recomendações do referido Manual. Contudo, diante da necessidade de diminuição de peso, em função do procedimento cirúrgico, optei pela restrição quantitativa e alteração nas preparações das refeições com vistas à menor ingestão calórica. Expliquei-lhe que para a perda de peso, seria necessário diminuir o consumo de doces, de preparações gordurosas e, ainda, de quantidades ingeridas nas refeições.

Assim, na minha prescrição, incluí um pequeno lanche à tarde, no tempo em que estava no seu escritório; excluí doces e bolachas do jantar; listei os legumes que deveriam ser utilizados na sopa da noite e delimitei as quantidades de alimentos que compunham o café da manhã, almoço e jantar.

Pelo Manual do Ministério da Saúde, a prescrição deveria conter mais um lanche intermediário, mas como não era do seu hábito, preferi optar por apenas um, o da tarde, na tentativa de diminuir a sensação de fome para o jantar. E, contrariando ainda mais o Manual, restringi o jantar a legumes e carnes magras, o que era diferente do almoço. Pedi que aumentasse a ingestão de água, mas não exigi que atingisse os 2 litros diários, também recomendação do Manual. Meu raciocínio foi o seguinte: como ele não tinha o hábito de se hidratar com frequência, o excesso de água poderia ocasionar aumento da diurese noturna, o que poderia resultar em agravamento do padrão de qualidade do seu sono. Mantive arroz e feijão no almoço, mas restringi o consumo de raízes e tubérculos, para provocar baixos níveis glicêmicos e insulínicos: tentativa de aumentar a oxidação da gordura corporal como energia, o que poderia, conseqüentemente, diminuir o peso corporal (CAMPS *et al*, 2017).

Sr. Francisco aceitou, sem hesitação, todas as orientações recebidas. Saiu da consulta com sua dieta prescrita e detalhada na folha do meu receituário.

Confesso que não acreditei muito na sua adesão à dieta. Especialmente, tinha receio quanto à inclusão do lanche da tarde. Embora factível, a falta de hábito podia jogar um papel aí. Aliada a isso, a exclusão das preparações preferidas e a redução do jantar à sopa de legumes com carnes magras, parecia poder

comprometer sua decisão de perda de peso. De todo modo, nós nos despedimos e eu pedi a ele que retornasse em um mês, para uma reavaliação.

O Sr. Francisco me atendeu e quando retornou à consulta, tinha perdido 7,5 quilos. Referiu ter mantido a dieta à risca, sem açúcar, sem bebidas alcóolicas e sem as castanhas que consumia à noite. Sim, ele me disse que havia se esquecido de me dizer, na primeira consulta, que elas faziam parte da sua rotina alimentar.

Para minha surpresa, ele negou dificuldades em incluir o lanche da tarde no escritório, dizendo que entre as opções que sugeri, preferiu cereal e pão integral com queijo. Também manteve o jantar com a sopa sem tubérculos e raízes e com dois tipos de frutas. O único ponto negativo, segundo ele, foi o aumento de diurese logo no início da dieta: chegou a acordar seis vezes numa noite para urinar! Mas isso agora já estava superado e ele ia ao banheiro apenas uma ou duas vezes por noite. Entendi que mesmo não prescrevendo 2 litros diários de água, como sugere o Manual, aumentar a ingestão de água durante o dia aumentava a diurese e para evitar a interrupção do sono, resolvemos que poderia diminuir o volume de hidratação prescrita na primeira consulta.

A cirurgia foi marcada para o início de setembro e não seria em São Paulo. Isso porque ele havia escolhido um especialista em prótese de fêmur no estado do Rio Grande do Sul. Solicitei alguns exames para avaliar seu estado nutricional, tendo em vista sua rápida perda de peso, o que me ajudaria na prescrição da dieta pós-cirúrgica. Assim, pedi que voltasse no próximo mês para receber as orientações futuras.

Na minha conduta, pedi para que mantivesse a mesma dieta, mas incluí a ingestão de duas castanhas ao dia, já que o paciente gostava e as mesmas seriam fonte de ácidos graxos essenciais e selênio.

A sua omissão (consciente ou inconsciente) das castanhas me chamou a atenção. Afinal, elas estavam no conjunto de suas “preferências”. Mesmo me indagando sobre se ele as havia omitido para que não fossem cortadas, decidi reinseri-las não apenas em função do raciocínio acima, mas levando em conta que era preciso manter esse pequeno prazer, já que minha prescrição era bastante

restritiva. Apostei que, sem prejudicar o andamento do processo de perda de peso, elas se configurariam ali como um estímulo para que seu objetivo fosse atingido.

Note-se que o manejo clínico da dieta, embora determinado pela objetiva necessidade de perda de peso e pelo meu conhecimento específico como nutricionista, implicou também uma abertura para inserir algo que havia sido autocensurado por ele. Se isso nos dá, sem dúvida nenhuma, a dimensão do compromisso do paciente, também nos coloca diante de sua história de 30 anos tentando manter uma dieta eficaz e seu confesso fracasso. Talvez, sem me dar conta, essa história tivesse ecoado na minha escuta, razão pela qual as castanhas tenham sido liberadas. A minha justificativa, como vimos, foi “técnica”, mas nesse olhar retroativo que o Estudo de Caso permite, vejo uma ação clínica que apostava na intersubjetividade, ou seja, na necessidade de sustentação de um vínculo de confiança comigo. Ao manter as castanhas, a dieta resultava, em alguma medida, da minha atenção à sua história e ao seu desejo de se manter mais em forma, à despeito da necessidade imposta pela cirurgia.

Dou-me conta, ainda, de algumas outras omissões, às quais talvez eu tenha contribuído para que acontecessem, já que não foram alvo de minha investigação diagnóstica. Se voltarmos ao meu relato, constatamos que, em nenhum momento, eu explorei com mais profundidade dois pontos que intuitivamente me causaram estranhamento: o Sr. Francisco chegar desacompanhado à consulta e fazer suas refeições sozinho. Talvez porque simplesmente, eu não tenha me sentido autorizada para tal. Mas, vimos no capítulo 2, a importância que os alimentos adquirem quando associados com momentos prazerosos em companhia de pessoas queridas.

Não sei que impacto teria para o andamento inicial deste caso se eu tivesse explorado o que estranhei. Mas ... hoje, com certeza, minha escuta reclamaria alguma ação no sentido de dar mais abertura para que a anamnese não se configurasse apenas como um *checklist* de rotinas e hábitos alimentares: um sujeito e sua história estão em qualquer relato. Quero dizer com isso que a anamnese pode ter uma estrutura de troca dialógica, favorecendo a compreensão de

particularidades – de um lado a outro - que talvez importem à manutenção de uma dieta saudável. Nesta perspectiva me chamo a atenção para a importância da reflexão encaminhada pelos autores da linha etnográfica apresentado no Capítulo2. Afinal, se eu sabia muito dos alimentos e da rotina do Sr. Francisco para comer, eu pouco sabia de sua estrutura familiar, dos amigos que tinha, dos projetos para o futuro enfim, eu pouco sabia do Sr. Francisco. Mas, uma dieta é sempre uma dieta para alguém. Talvez isso responda pelo fato desse alguém vir a um consultório para ser acolhido por um profissional e não entrar na internet e recolher daquele ambiente asséptico uma dieta “para ninguém” ou “para todo mundo”.

Feitas tais considerações, continuo o meu relato do atendimento realizado.

No final do mês de agosto, o Sr. Francisco estava de volta e com apenas 76 quilos! Havia perdido 11 quilos em dois meses! Sentia-se bem e estava motivado para a cirurgia e, também, para manter o seu peso atual.

Minha conduta, desta vez, foi a de deixar todas as refeições balanceadas, ou seja, com alimentos fontes de carboidratos, proteínas e gorduras, nas quantidades recomendadas para a sua idade e semelhantes às que teria na fase pós-cirúrgica, já que, provavelmente, ele se alimentaria em restaurantes, pois ficaria um mês num hotel próximo ao hospital até obter alta e voltar à São Paulo.

Na tentativa de tornar fácil a escolha dos pratos em restaurantes e durante sua estadia no hotel, acrescentei, no almoço e no jantar, arroz e feijão, já que era do seu hábito. As proteínas seriam de carnes vermelhas, como da sua preferencia, mas com cortes e preparações mais magras, mais legumes, verduras e frutas. Desta vez, a dieta não apenas se aproximava mais das recomendações do Manual de Alimentação Saudável Para a Pessoa Idosa, como também das preferências do Sr. Francisco. As quantidades das refeições foram calculadas para manter seu peso atual e prontamente aceitas pelo paciente. Não posso marginalizar o fato de que as dores, a perda de mobilidade e a cirurgia eram robustas evidências da necessidade de comer apenas o que foi prescrito. Também que o resultado já alcançado o protegia, assegurando-lhe uma melhor recuperação.

Vale destacar, ainda, que eu, coincidentemente, estaria em Porto Alegre para uma palestra, no mesmo período em que a sua recuperação acontecia. Ofereci-me para visitá-lo e, assim, avaliar as refeições disponíveis no hotel e no restaurante. O Sr. Francisco agradeceu e se surpreendeu com minha disponibilidade, combinamos de confirmar esta visita na véspera da minha viagem. Antes disso, o mesmo telefonou para o meu consultório e me deixou a par de todo o processo, mostrando boa recuperação e bem-estar geral.

Não fui visitá-lo, não pareceu necessário, como ele mesmo tinha dito numa das ligações telefônicas. Talvez essa dispensa pudesse ser entendida como: “fique tranquila, eu consigo”. Foi assim que, naquele momento, eu a tomei, como prova de seu empoderamento.

3.2.2 Seis anos depois...

Depois da alta hospitalar, não tive mais notícias do Sr. Francisco. Seis anos depois, em novembro de 2014, vejo seu nome na minha agenda de consultas. Fiquei muito feliz em revê-lo e, desta vez, a consulta foi muito demorada: ele tinha muita coisa para contar.

Disse-me que a cirurgia havia sido muito bem-sucedida, que tinha conseguido manter o seu peso até recentemente. Esta notícia indicava uma mudança de hábito alimentar. Foram 6 anos sem acompanhamento nutricional e sem uso de medicamentos para emagrecer, sublinhando a escolha deste Caso Clínico para estudo nesta dissertação. É certo que aqui estamos diante de um sucesso terapêutico que implicava menos a perda de peso e mais à aquisição de um hábito alimentar adequado. Contudo, nem todas as notícias eram positivas: há um ano tinha se divorciado novamente, o que o deixou bastante entristecido. Falou bastante sobre seu relacionamento e do difícil temperamento de sua ex-esposa. Minha escuta estava atenta não apenas para a história de seu protagonista, mas também para sua mudança de posição relativamente a ela. Mais aberto, ele parecia

querer articulá-la à nova demanda que me trazia. Tratava-se, ele me disse, de uma separação dolorosa, conturbada e talvez, em função do desgaste emocional, tivesse iniciado uma recuperação do peso corporal.

Esta consulta avançou nosso horário de almoço, talvez porque ambos tenhamos entendido que seria importante investir no entendimento do que, de fato, o trazia de volta ao meu consultório.

Ele me apresentou exames bioquímicos recentes, que estavam todos adequados, e novamente me descreveu sua rotina. Agora, com 80 anos, voltou a praticar exercícios físicos, como musculação, revezando-os com fisioterapia (ao longo da semana) e bicicleta ergométrica (diariamente). Disse-me que ainda sentia dores musculares, mas que acreditava que resultassem do excesso de exercícios na bicicleta. Por essa razão, tinha diminuído o tempo de esforço de 60 para 20 minutos.

Sua lista de medicamentos aumentou. Agora precisava de antibióticos para conter uma infecção urinária de repetição, medicação para dores musculares, protetores gástricos, medicação para próstata e para controle lipídico, diurético e, além das vitaminas prescritas pelos médicos, tinha acrescentado por sua própria conta, ômega3, catuaba e guaraná.

Identifiquei, de imediato, no seu relato, que havia uma preocupação maior com o aumento de energia. Ele, contudo, negou fadiga, quando questionado a respeito. Outras mudanças foram destacadas por ele, agora no hábito alimentar, quais sejam: excluiu açúcar e acrescentou edulcorante no café da manhã, incluiu lanche na manhã (2 bananas-maçãs) e, no jantar, incluiu saladas e um doce, curiosamente, sempre fios de ovos ou goiabada.

Se agora seu peso corporal era maior de 89 quilos, sua demanda não era de um emagrecimento rápido como da primeira vez, embora precisasse diminuir a carga sobre a prótese do fêmur. Preferi, então, fazer uma orientação que incluísse suas preferências alimentares, ou seja, determinar quanto e quando poderia incluir os seus doces, a sua cachaça e as suas preparações culinárias preferidas.

Estava claro que houve adesão à dieta prescrita quando precisou perder peso antes da cirurgia, e provavelmente o que o motivou a voltar ao meu consultório foi, não só o excelente resultado que obteve naquela época, como também sustentar uma dieta saudável até o momento em que o estresse emocional o desviou dela. Agora, era preciso motivação para manter os hábitos alimentares saudáveis. Atento para o fato de que diferente da primeira consulta, gerada por um quadro médico, desta vez a procura foi espontânea e propiciada pela experiência positiva anteriormente vivida.

Seria preciso, agora, investigar que fatores, além do emocional, teriam também contribuído para o aumento de peso, com especial atenção aos alimentares. Um primeiro ponto seria o de considerar que o processo de mudança de hábito é dinâmico e longo, o que não foi possível nos dois meses de acompanhamento pré-cirúrgico. Muito provavelmente, o Sr. Francisco tenha voltado a ingerir quantidades energéticas além de suas necessidades.

Resolvi, então, dar mais atenção a alguns detalhes que poderiam provocar mudanças graduais e flexíveis nos seus hábitos alimentares, abrindo mão de prescrições muito restritivas e apostando que se o Sr. Francisco aumentasse seu conhecimento sobre a qualidade dos alimentos e a relação dos mesmos com seu autocuidado, se envolveria de modo diferente com uma dieta que seria mais compatível com seu estilo de vida.

Esse manejo tem como base o meu reconhecimento de que, como assinalaram Estrela e colaboradores (2017), a adesão à orientação nutricional é uma questão complexa que depende, entre outros fatores, decisivamente da implicação dos sujeitos que a demandam. Não é possível, portanto, desvincular o sucesso terapêutico de uma história de vida. História na qual se insere uma história alimentar. No caso do atendimento do Sr. Francisco, criei oportunidades para que ela tomasse a cena clínica: sua fala podia contar com minha escuta especializada para construir hábitos alimentares saudáveis e adequados à sua necessidade, mas que também pudessem lhe proporcionar mais prazer e alegria de viver.

Nessa perspectiva, identifiquei um desejo implícito na demanda de perder peso: a introdução da catuaba¹⁴ e do guaraná¹⁵ em pó na sua lista de medicamentos abria espaço para que eu pensasse que perder peso era um horizonte que continha outros, tais como, cuidar esteticamente do corpo e aumentar o vigor físico. Na nossa cultura, como se sabe, tais plantas estão também vinculadas ao desejo e desempenho sexual. Naquele primeiro momento do tratamento, não o indaguei explicitamente sobre esse ponto, preferindo aguardar uma melhor oportunidade nas próximas consultas.

Conversamos bastante sobre manter um peso corporal adequado às suas condições físicas, mas também como se comportar em eventos sociais e profissionais, os quais frequentemente exigiam sua presença. O Sr. Francisco ouvia as orientações, resignado, e na sua fala calma e cordial afirmava que seguiria a minha conduta que, desta vez, registrava as poucas hortaliças cruas do seu repertório na salada do almoço e uma porção de frutas secas no jantar, na tentativa de suprir sua necessidade de doce à noite.

Um mês depois, ele estava de volta, disciplinado em relação a agenda e pontual, como sempre. Eu o recebo parabenizando-o pelos resultados, pois tinha perdido 3 quilos. Isso só me fazia acreditar que ele estava, de fato, decidido a perder peso. Relatou-me melhora nas dores e se preparava para retomar sessões de fisioterapia e treinos físicos. Referiu muito trabalho no escritório e discorreu sobre sua dificuldade em delegar suas atribuições, pois os clientes confiavam somente a ele a responsabilidade de seus processos.

Falamos, então, de festas de fim de ano e das mudanças alimentares da época. Ele me disse que gostava muito de panetone e que, também, não queria

¹⁴ Catuaba – (*Erythroxylum vacciniifolium* Mart) - planta indígena brasileira utilizada na medicina tradicional como afrodisíaco (QUEIRÓZ et al, 2009).

¹⁵ Guaraná em pó - O guaraná é uma planta nativa da Amazônia, cujas sementes contêm aproximadamente quatro vezes a quantidade de cafeína encontrada nos grãos de café, com efeito psicoativo. (TFOUNI e col, 2007; MOUSTAKAS et al, 2015).

ficar sem doce nas refeições. Tivemos que fazer escolhas. A fatia de panetone que cabia na contagem calórica de sua dieta, era muito fina, não valia a pena! Optamos por uma colher de doce caseiro (goiabada, doce de leite e bananada). E agora, pelos bons resultados, já podia incluir a sobremesa¹⁶ no almoço e no jantar!

Tenho me dado conta com este Estudo que, nas consultas passadas, não lhe dei propriamente oportunidade de esclarecer o porque não gostava de hortaliças e se excedia na ingestão doces. E, mais importante: o que efetivamente o fazia mudar suas escolhas alimentares aos 80 anos de idade. Será que o Sr. Francisco tinha prazer com sua alimentação atual? Até este momento, eu estava me conduzindo prioritariamente pela autoridade da minha qualificação profissional. Menos frequentemente, eu me perguntava sobre sua necessidade de se agradar ou agradar alguém. É certo que eu me fortalecia pelos resultados e pela oportunidade de mudar o hábito alimentar de um idoso, mas não sem me questionar ou avaliar suas bases culturais, implícitas no seu jeito de se alimentar, sobre as quais me atentei numa entrevista direcionada, no final deste estudo, já que tive, felizmente, a oportunidade de resgatar, com ele, essa importante questão, o que, como se verá adiante, resultou num acerto de uma orientação dietética cada vez mais adequada e integrada à cultura alimentar do Sr. Francisco.

Em fevereiro de 2015, depois de um curto período de férias e, apesar das festas de fim de ano, o Sr. Francisco voltou ao consultório com menos 3 quilos. Estava feliz porque comia seus doces preferidos nas sobremesas; queijos, no café da manhã e incluía hortaliças no almoço. Estava muito bem-disposto, tinha voltado a fazer exercícios físicos duas vezes por semana; fisioterapia, também duas vezes por semana e caminhava por quinze minutos quase diariamente, embora ainda reclamando da alta carga de trabalho.

Em seu retorno no mês seguinte, havia perdido mais 2 quilos. Referiu disciplina alimentar até mesmo no fim de semana e raramente mudava o cardápio

¹⁶ A orientação foi baseada na recomendação de ingestão de açúcar para crianças e adultos da Organização Mundial de Saúde (2015), a qual orienta para que a quantidade de açúcar como adoçante de bebidas ou ingrediente em preparações doces, não exceda 10% da ingestão energética total diária (WHO,2015).

em situações que fugiam ao seu controle. Não comia mais doces no jantar, embora eles constassem da minha prescrição dietética: pois passou a se contentar com uvas passas e damascos. Se sentia bem e mantinha suas medicações rotineiras.

Desta vez perdi a oportunidade de questioná-lo sobre o que o motivava a restringir ou censurar alimentos que apreciava muito, tal como os doces na sobremesa do jantar. Contentei-me com seus relatos conformados. Ele não fez espontaneamente qualquer menção que justificasse tal postura. Assim, marcamos seu retorno para o próximo mês, quando veio desanimado, ainda que tivesse perdido um pouquinho mais de peso, estava com 81 quilos. Eu o animei, destacando o resultado daquele período: 8 quilos perdidos em cinco meses. Também fiz considerações sobre as mudanças biológicas inerentes à idade: metabolismo mais lento ... considere que a frequência de jantares sociais, reuniões culturais e a alegria de usufruir de suas preferências gastronômicas poderia, sim, tornar o processo de emagrecimento mais lento ... mas, ele estava perdendo peso! Por que se censurar ou desanimar?

Minha indagação encontrou logo resposta: ele me confessou que estava namorando uma mulher bem mais jovem (não disse a sua idade). Em causa estava, portanto, um novo relacionamento amoroso. Afirmar que era muito importante seu bem-estar físico, a manutenção da atividade, o que era comprovado nos dados médicos e bioquímicos. Mas, indiquei que sua autoconfiança também jogava um papel ali. Na tentativa de fortalecê-lo, questionei-o sobre sua rotina alimentar. Como eu esperava, ele reiterou a manutenção das orientações que fiz, incluindo arroz no almoço, mas sem doces e chocolate.

Reclamou de certa sensação de fadiga nas pernas, mesmo sem se exercitar na bicicleta ergométrica. Mas, me disse que mantinha intactos os exercícios físicos com seu professor. Conversamos, então, sobre seu trabalho e seus efeitos estressantes. Elogiei seus resultados e a sua disciplina no autocuidado. Afirmar que compartilhava de sua felicidade por estar num novo relacionamento amoroso. Senti que isto era importante para a sua própria sensação de estar ativo.

Quando o Sr. Francisco afirmou que sua namorada era uma mulher bem mais jovem, entendi que ele demonstrava saber-se idoso ou, no mínimo, bem mais velho que ela. Fez mais sentido, nesse momento, seu relato da consulta anterior, quando referiu ter incluído catuaba e guaraná na sua lista de medicamentos diários. A entrada na velhice é determinada por fatores biológicos, mas também psicossociais, como vimos no capítulo 1. Se o cronos¹⁷ joga aí seu papel, também o kairós¹⁸, como bem assinalou Messy (1999, p. 47), “podemos ser velhos, ver-nos como velhos, sem nunca nos sentirmos velhos”. Acho que esse era o caso do Sr. Francisco que, do meu ponto de vista, procurava rejuvenescimento, com novos planos para ele e sua namorada. Embora a ciência provoque o desejo de prolongamento ou resgatar a juventude, com a divulgação, por exemplo, de novos conhecimentos do poder antioxidante dos alimentos, já apresentados no Capítulo 1, a Nutrição e, portanto, os nutricionistas conseguem, tão simplesmente, evitar deficiências nutricionais na adaptação do corpo no processo do envelhecimento.

Queria crer que ele permaneceria bem posicionado para manter seu peso (agora mais ideal), sem ter que deixar de lado alguns dos prazeres que, à mesa, ele gostava de cultivar. Um novo amor é para ser comemorado! Não deve ser motivo de ainda mais restrição! Contudo, certo temor acendia para mim uma luz amarela: eu sabia que o aumento de peso causa/é causado (por) desequilíbrio: o corpo padece quando tomado por insegurança física e/ou emocional. Fiquei com meus temores, sem dizer-lhe qualquer coisa nesse sentido e pedi a ele que retornasse em dois meses. Não queria que as visitas mensais fossem uma cobrança de resultados. Contudo, repeti várias vezes que estava à disposição para quando precisasse ou quisesse falar comigo.

¹⁷ Cronos – da mitologia grega, Cronos se refere ao tempo sequencial, cronológico, mensurável – disponível em <https://mitologiagrega.net.br/cronos-e-kairos-personificacoes-do-tempo/> acesso em 11/12/2018.

¹⁸ Kairós – da mitologia grega, é um tempo indeterminado, um momento, um acontecimento ou uma experiência ocasional – disponível em <https://mitologiagrega.net.br/cronos-e-kairos-personificacoes-do-tempo/> acesso em 11/12/2018

Sr. Francisco retornou em junho e veio, novamente, com muita novidade. Eu já tinha visto que seu peso havia mudado: ganhou 1 quilo desde a última consulta. Decidi não comentar nada inicialmente e ver o que ele tinha para me dizer. Iniciou pelas dores e incômodos nas pernas: “cada vez mais frequentes”, ele afirmou. Estava medicado e fazendo fisioterapia, em razão de um diagnóstico médico de bursite. Por isso, fez uso de anti-inflamatório por quinze dias, sem melhora.

Em relação à dieta, disse-me que precisava de ajuda mais uma vez. Teve que extrair dois dentes inferiores e estava se alimentando “como achava que devia” e “como conseguia”. Mais anti-inflamatórios e antibióticos ... Considerei e lhe disse que neste cenário o ganho de peso foi pequeno. Aproveitei a estação do inverno e prescrevi sopa no jantar, listando os ingredientes (verduras, legumes e carnes magras) para que pudesse controlar o peso. E, em função do uso dos antibióticos, prescrevi probióticos¹⁹ por dez dias.

Tentei animá-lo e tranquiliza-lo sobre seus próximos resultados. Era melhor cuidar das dores e manter o controle alimentar o mais frequente possível, mas com serenidade, sem pressão. Deixei o retorno para dali a dois meses, já que teria consultas médicas neste período e poderia me trazer mais dados sobre seus exames e avaliações.

Assim, em meados de agosto, o Sr. Francisco voltou, mas com 4 quilos a mais, o que já me preocupava. Tive o cuidado, contudo, de não deixar transparecer e me coloquei a escutar suas justificativas. Seu dizer me pareceu uma autoanálise. Comentou que nesse tempo teve duas festas de casamento (de uma sobrinha neta e de um neto), foi com maior frequência a jantares e almoços, se envolveu mais intensamente com eventos de associações de artes e assinalou o excessivo trabalho em seu escritório. Notei que, pela primeira vez referia outros membros da família, que não suas esposas e seu único filho.

¹⁹ Os probióticos são microorganismos que vivem nos intestinos, em diferentes cepas ou “famílias”, e estão fortemente relacionados com o sistema imunológico. O uso de antibióticos pode alterar o equilíbrio entre as cepas e a administração de probióticos como suplementos conferem benefício ao hospedeiro (HILL *et al.*, 2014).

Estava preocupado com episódios de desequilíbrio, justificados pelo médico como hipotonia dos glúteos. Isso o deixava bastante inseguro para caminhar. Me apresentou, ainda, uma avaliação de composição corporal por absorciometria de raios-X de dupla carga (DEXA)²⁰, com altos níveis de gordura subcutânea e visceral, o que resultou em ordens médicas para perder aproximadamente 10 quilos do seu peso corporal. E foi assim, que a médica clínica geral que o acompanha mais de perto, tomou a frente na decisão do processo de emagrecimento. Minha maior preocupação neste momento era, com essa prescrição, a sarcopenia²¹.

A perda rápida de peso, tal como foi solicitada pelo médico, com restritiva ingestão de energia resultaria, logicamente, em ingestão diminuída de todos os nutrientes importantes (proteínas, vitaminas e minerais) para a manutenção de um bom tônus muscular²². O Sr. Francisco já reclamava de falta de equilíbrio e dores nas pernas, além de ser facilmente observada sua lentidão ao caminhar. Contrariando a orientação médica, tendo isso em vista, decidi levar a perda de peso de forma mais lenta e sustentável, diminuindo ou atrasando o risco de intensificar a sarcopenia.

O olhar retroativo para a condução clínica este Caso, me fez identificar que além das preocupações antes referidas, era preciso indagar também sobre se mudanças tão rápidas não prejudicariam a progressiva construção de hábitos alimentares sustentáveis que estavam em curso e, sem dúvida, estruturando um

²⁰ Dual-Energy X-Ray Absorptiometry (DEXA) - Método de densitometria por dupla emissão de raios-X na avaliação da composição corporal que permite a medida tanto da massa óssea quanto do conteúdo corporal de gordura e massa magra. Especialmente utilizado na avaliação da perda óssea e da mudança da composição corporal em indivíduos mais velhos, quando é mais frequente a osteopenia e aumento e redistribuição do tecido adiposo. (ALONSO, 2018).

²¹ Fenômeno caracterizado pela perda de massa muscular esquelética, bem como da força muscular, e relacionado com o processo do envelhecimento (DIZ e col, 2015).

²² Alexandre e col. (2014) estudaram uma amostra de 1149 idosos saudáveis da cidade de São Paulo (SP) do Projeto SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento), estudo multicêntrico da América Latina e Caribe, e verificaram a prevalência de sarcopenia em 14,4% em homens e 16,1% em mulheres. O estudo não só avaliou a predição da massa muscular esquelética, cuja classificação de perda muscular foi definida como aquela que estivesse abaixo de 20% da população, como também analisou a força da mão através de um dinamômetro e a velocidade da caminhada. Os resultados para a sarcopenia estavam fortemente relacionados, entre outros fatores com o risco de má nutrição.

modo mais efetivo de bem-estar na vida. Dito de outro modo, era preciso que eu me indagasse: Será que uma dieta restritiva e desequilibrada sustentaria o seu investimento na vida, nos prazeres, no almejado corpo saudável que ocasionou seu retorno à nutricionista? Eu ainda não tinha me apoiado na sua história alimentar gerada pela cultura e crenças, como veremos mais adiante. Eu ainda não tinha a escuta aberta para isso, mas mantinha minha conduta baseada na evolução cuidadosa.

De todo modo, fiz uma revisão de sua rotina alimentar e, em comum acordo com ele, optei por manter as sopas no jantar, o controle de doces e preparações mais elaboradas e calóricas. Minha orientação, agora, foi a de que ele retornasse para uma nova avaliação no próximo mês. O Sr. Francisco se despediu me prometendo “fazer o seu melhor”: mantendo musculação duas vezes por semana, além da fisioterapia regular. Reiterou o desejo de alcançar a meta colocada pela médica.

Passados 34 dias, ele retornou e, uma vez mais, me surpreendeu: havia perdido aproximadamente 6 quilos. Referiu dieta restrita durante todo o tempo, mantendo o nosso combinado de frutas secas nas sobremesas do almoço, já que não conseguia excluí-las por sentir falta de doces. Dessa vez, destacou o fato de que sua namorada tinha sido uma forte aliada, incentivando-o a manter as orientações médicas e nutricionais. Segundo o mesmo, seu apoio fez com que ele superasse as expectativas de emagrecimento naquele curto período.

Diferentemente das outras vezes em que, também, foi bem-sucedido, agora ele atribuiu parte do seu sucesso à sua companheira. Um recorte desse momento nos levaria a ratificar, em parte, o que afirma Garcia (1997) sobre o fato de que, que no universo doméstico, a alimentação se vincula muito à figura da mulher. Digo “em parte” porque levo em conta a sua história imediatamente pregressa de emagrecimento em que nenhuma referência foi feita às mulheres como suporte para sustentar a sua determinação de emagrecer. De todo modo, nesse momento específico, as refeições do Sr. Francisco ganhavam um novo ingrediente: estavam articulados à presença afetiva e efetiva de sua esposa.

Ele estava mais animado e planejando tirar dez dias de férias para “descansar um pouco”.

Seu retorno ao consultório, no início de novembro, foi ainda marcado por animação: perdera 700 gramas desde a última consulta, mesmo tendo aumentado um pouco de peso nos dez dias que passou numa cidade do interior de São Paulo, a cidade de Bananal. Aproveitei a oportunidade para perguntar mais sobre este lugar que já tinha aparecido brevemente em conversas anteriores. Ele pareceu satisfeito com meu interesse e começou a me explicar: cinco amigos do colégio (ensino médio) continuaram a amizade mesmo depois de se separarem, por cursarem universidades diferentes. Um deles se tornou delegado e foi transferido para a referida cidade. Todos os amigos se encontravam lá periodicamente e, por isso, decidiram comprar ali uma casa neste lugar.

Com o passar do tempo, eles desistiram da casa de veraneio, mas o Sr. Francisco se encantou com a tranquilidade local e até ajudou na reforma da igreja matriz, se sentindo pertencente à comunidade e retribuindo à mesma o que retirava de lá: descanso e uma relação afetiva alimentar com fios de ovos e goiabada produzidos num restaurante local. Ocupou-se, então, de me contar em detalhes o caminho para se chegar até lá, a distância percorrida em estrada de terra e sobre a comida maravilhosa feita pela dona do restaurante, considerado um dos melhores do país pela Revista Quatro Rodas.

Entendi, ao final do relato, que era essa a sua justificativa para um ganho de peso passageiro. Na história da sua vida, Bananal, a casa, o restaurante, a comida, a amizade com a cozinheira, tinham importância afetiva. No momento, a sua namorada estava sendo apresentada a tudo isso e incluída nesse espaço que respondia por uma parte importante considerável de sua memória alimentar. Pude compreender a relevância e a extensão desta sua experiência apenas nesta consulta, muito embora ele, em outros momentos, tivesse mencionado tais episódios, sem que eu pudesse atribuir aos mesmos, uma relação mais direta com seus hábitos alimentares (como doces caseiros, pratos caipiras com carnes vermelhas, frituras e a cachaça).

Voltou à rotina e já havia recuperado e até avançado no processo de chegar ao peso exigido pela sua médica.

3.2.3 Dieta e regime alimentar

Em Janeiro de 2016, o Sr. Francisco retorna à consulta e me disse que, em função de dores persistentes na coxa, estava fazendo uso, mais uma vez, de anti-inflamatório, apesar de continuar fazendo fisioterapia regularmente. Referiu ainda, um episódio de mal-estar, com diarreia e náuseas e consequente perda de 4 quilos. Estava com 77 quilos. Muito embora estivesse próximo do peso preconizado pela médica, se sentia debilitado. Os relatos me fizeram pensar que ele havia restringido sua alimentação com mais severidade do que eu lhe havia prescrito. Consequentemente, ele apresentava agora o estado nutricional que eu quis evitar. Seu empenho quase obsessivo para perder peso talvez tenha se recrudescido neste momento de sua vida, com a pressão médica, também com a novidade de uma namorada mais jovem, somadas com a intensa atividade profissional e os frequentes fins de semana na casa do Bananal. Isso, sem dúvida, demandava muita energia!

Entendo ser oportuno, aqui, retomar algumas definições do termo “dieta” para que se possa esclarecer, ainda mais, minhas inquietações com a alimentação do Sr. Francisco. De acordo com o dicionário Aurélio (1975):

[Do gr. *Diaita*, “gênero de vida”, pelo lat. *Diaeta*.] S.f. **1.** Med. Emprego racional das coisas úteis para a conservação da vida, na saúde e na doença. **2.** Conjunto de alimentos, sólidos e líquidos, prescritos pelo médico, regime. **3.** Privação total ou parcial de alimentação, prescrita pelo médico. **4.** Alimentação ou normas alimentares seguidas por um indivíduo ou por um grupo de indivíduos.

Tendo em vista tais significados, podemos concluir que, salvo em situações clínicas extremas, a dieta é um estilo de vida que, por fazer parte das normas de

um indivíduo ou de um grupo, se inscreve no interior de vários fatores socioeconômicos e culturais e, é uma característica da lista de alimentos de um hábito alimentar, ou seja, um comportamento que se repete por um determinado tempo. No caso do Sr. Francisco, os hábitos alimentares resultantes de seus 80 anos de vida precisavam de mais tempo para serem modificados (cronos) e tal mudança, incorporada a uma rotina alimentar (kairós).

Vale dizer que, atualmente, o uso do termo “dieta” tem sofrido modificações e prevalecido o significado vinculado à restrição de alimentos com a finalidade de emagrecimento. A dieta e o corpo magro estão estreitamente correlacionados enquanto ideal na cena contemporânea. A busca pela magreza é crescente e atrai cada vez mais discípulos, em todas as classes sociais, independentemente de gênero e/ou geração. Trata-se de um fenômeno mais ligado ao narcisismo do que à sobrevivência, ou ao bem-estar (SANTOS, 2008).

Minha proposta para todos o que me procuram para uma orientação dietética, e que não difere da que encaminhei com o Sr. Francisco, é seguir com o conceito de dieta que implica a inclusão de novas experiências gastronômicas. Como? Refinando o olhar dos pacientes para a busca por alimentos saudáveis em meio às longas gôndolas de supermercado e apurando o gosto para que se abra espaço para a introdução de novos alimentos, com novos aromas e sabores, favorecendo a ampliação do repertório de alimentos habituais.

Assim, solicitei-lhe para que mantivesse minhas orientações anteriores, mantendo o lanche da tarde com fruta e iogurte e as refeições noturnas mais leves.

Em março, o paciente voltou com um pouco menos de peso, 76,3 quilos, e mais disposto, apesar das incômodas dores nas pernas. Na próxima consulta, no fim de maio, a permanência das dores e um novo diagnóstico médico: falta de alongamento. Seu relato tinha um tom confessional, como se a responsabilidade pelas dores recorrentes fosse resultante de alguma falha sua.

Em relação ao peso corporal, nosso tema central, apresentou 600 gramas a menos do que na última consulta, o que o surpreendeu positivamente, já que tinha ficado duas semanas na Europa (Paris e Londres, com maior ingestão de bebida

alcóolica e comida e conseqüentemente, um ganho de 4 quilos). No seu retorno ao Brasil, retomou a rotina e o peso se normalizou. Observou que nem sempre come pão no café da manhã. Aproveitei a oportunidade para dizer-lhe que o foco na perda de peso fez com que ele tomasse condutas de restrição alimentar, excluindo aquele que é o alimento de que mais gosta.

Mais uma vez, atento para o seu comportamento obsessivo e contínuo com as perguntas de praxe. Ele relatou bem-estar geral, apesar de dores crônicas nas pernas e a manutenção da dieta, negou fome e citou exames bioquímicos recentes com resultados adequados, mas esclareceu que ainda não havia voltado a realizar os exercícios de musculação.

Reencontrei o Sr. Francisco em julho, com o mesmo peso da última consulta, mantendo a fisioterapia duas vezes por semana, mas sem retomar os exercícios de musculação. Sua justificativa para tal foi a de que pretendia mudar de professor. Disse-me, ainda, que se preparava para retomar os exercícios na bicicleta ergométrica, já que estava observando aumento na pressão arterial na última semana, o que, inclusive, já havia sido reportado ao cardiologista.

Em relação à dieta, ele manteve a sua característica disciplina, mas fez um comentário inusitado: agora gostava e comia com prazer as saladas. As hortaliças não fizeram parte de seu hábito alimentar por quase 80 anos. Forçado a incluí-las diariamente, tornaram-se fonte de prazer. Fico feliz por ter participado na construção desse hábito alimentar mais saudável e, entendo, que ele tenha contado, ainda, e decisivamente com a participação de sua (agora) esposa, que sempre o acompanhava nas refeições. Reconheci que a sua companhia e o cuidado que a mesma dispensava à alimentação, o influenciavam positivamente. Mas não fiz qualquer pontuação a esse respeito, o que mais tarde, como será discutido neste capítulo, será reconhecido por mim como um passo mal dado: perdi a chance de trazê-la para nossa conversa e tê-la como aliada nas minhas orientações.

Em setembro, recebi o Sr. Francisco para mais uma reavaliação. Ele subiu as escadas lentamente (como sempre), me cumprimentou na porta e entrou na sala dizendo que eu não poderia imaginar o que lhe aconteceu: havia sido submetido a

um procedimento de urgência e se estava ali, devia isso à sua mulher. Explicou-me que há dez dias o seu dentista deixara escapar o parafuso de um implante dentário dentro de sua boca e ele o engoliu. Acreditaram que o parafuso sairia naturalmente, já que o dentista afirmou que ele era pequeno. À noite teve tosse incessante com dificuldade de respirar. Como não conseguiu dormir, na madrugada, sua esposa o levou para um Pronto Socorro e exames de imagem mostraram o parafuso no pulmão. Ele não tinha engolido, mas aspirado o parafuso que era bem maior do que o que o dentista mostrou para tranquilizá-lo. Esta conduta do profissional o decepcionou bastante, já que ele entende que podem acontecer acidentes, mas esperava um cuidado imediato para se certificar do que realmente tinha acontecido e o que poderia ser feito a respeito.

O Sr. Francisco estava realmente muito desapontado com o descaso do dentista, lembrando que no início do tratamento comigo, eu havia me oferecido para visitá-lo em Porto Alegre com o objetivo de supervisionar sua alimentação, enquanto se recuperava da cirurgia. Nessa comparação, uma avaliação sua bastante positiva de minha atuação e cuidado profissional indicavam a força do vínculo que havíamos feito.

Nessa consulta, ele apresentou um ganho de peso: estava com 76,6 quilogramas, quase 1 quilo a mais do que na consulta anterior. Não valorizei isso, mas fiquei atenta ao seu relato minucioso, não só porque me mostrava sua relação com seus profissionais da saúde, demonstrando que esperava o cuidado irrestrito de cada um deles com suas limitações físicas, mas também porque me ensinava que quando não sabemos o que fazer tecnicamente, precisamos dar atenção e nos disponibilizar para obter ajuda. O Sr. Francisco esperava que o dentista mostrasse o real tamanho do parafuso e o levasse ao hospital para tentar identificar a localização do mesmo, e só assim, se tranquilizar ou levar a um procedimento de retirada, o que foi feito depois.

Mais um fim de ano se aproximava. No fim de novembro, recebo o Sr. Francisco, que continuava se queixando de dores, agora é o nervo ciático. Passou

a se tratar com acupuntura. Relatou-me, ainda, um episódio de conjuntivite severa, tratada com colírio antibiótico.

Sua voz calma e baixa estava pouco audível, justificada por ele, pelo longo uso de corticóide. Seu peso, pouco mais baixo do que o anterior (76 quilos) oscilou, provavelmente pelos medicamentos atuais, chegando a quase 77 quilos. Revimos sua dieta, mantive as orientações anteriores e marcamos nossa nova consulta para depois das festas de fim de ano.

Voltou em fevereiro com 77,2 quilos, negou dores e me disse que estava mantendo a fisioterapia duas vezes por semana, realizando diariamente, inclusive, alongamento de membros inferiores. Segundo afirmou, sua esposa estava auxiliando-o bastante com os alongamentos, o que o estimulava a manter os exercícios na bicicleta ergométrica por 20 a 30 minutos, duas vezes por semana. Mantive a conduta anterior e resolvemos que nossas consultas se dariam a cada dois meses.

Quando voltou, no início de maio, estava com um pouco mais de peso, 77,7 quilos, mas mantinha o alongamento diário e os exercícios fisioterápicos. Novos acontecimentos foram relatados: em função da sensação de muita fadiga durante o dia, sua médica o orientou a aumentar as doses de café, o que melhoraria seu foco, pelo efeito estimulante da cafeína. Negou, contudo, o uso de açúcar, anulando uma das hipóteses explicativas para o aumento de peso (CAMPS, 2017). Referiu, ainda, ter incluído mel e própolis no café da manhã, excluído o pão e mantido o café com queijo, adicionando um suplemento nutricional indicado pelo médico ortopedista. Negou fome à noite e me esclareceu que seu jantar se resumia a sopa ou duas a três frutas. Achei restritivo demais e reforcei minha conduta, salientando que precisava se manter alimentado, apesar do necessário controle de peso corporal. No meu raciocínio clínico a fadiga poderia estar sendo determinada pela fome. Por esta razão, incluí uma fatia de pão com queijo e café no lanche da tarde, aproveitando que são seus alimentos preferidos, com o objetivo de evitar hipoglicemia e mantê-lo com menos volume de alimentos no jantar.

O Sr. Francisco, uma vez mais, relatou-me o uso de ervas de conhecimento popular, nem sempre com evidências científicas quanto à sua eficácia, o que não tem nenhuma interferência na dieta que lhe propus. Mas o que me chamou a atenção aqui foi a posição em que fui colocada no conjunto de ações que impactavam sua orientação dietética. Todo começo desta história se baseou numa necessidade médica: perder peso para realizar uma cirurgia. Depois disso, prevaleceu a insistência no objetivo de emagrecimento por motivações de outra natureza (estética, por exemplo). Não posso deixar de lado o fato de que ao longo desse tempo o Sr. Francisco esteve apoiado nas indicações médicas que vale reitera, sempre prescreveram mais restrição do que eu considerava necessário. Recolhi também a cada nova consulta, um novo relato sobre o modo ele havia introduzido algo (ervas, chás, plantas medicinais, entre outras) levando em conta seus possíveis efeitos, tal como se coloca na cultura popular. Na prática, então, me confrontei com a articulação entre o que se prescreve no senso comum, motivado pelos saberes da cultura, com aqueles construídos no campo da ciência, mais especificamente, da Nutrição e da Medicina.

É certo que tais fatores intervenientes precisam ser problematizados na conduta de um nutricionista, não só porque em causa está a saúde e bem-estar de seus pacientes, como também para que sua posição e conduta clínica não se comprometam e gerem iatrogenia²³. Neste caso especificamente, vale dizer, que a orientação médica, de forma indubitável, se sobrepôs, em grande parte do tempo, às minhas orientações dietéticas.

Devo ressaltar que sempre faço contato com médicos e outros profissionais que atendem os meus pacientes, para que o diálogo interdisciplinar possa convergir e responder por uma melhor orientação e cuidado dos mesmos. Mas com o Sr. Francisco, não consegui prosseguir desta forma. Sua fala articulada formalmente,

²³ Iatrogenia – De acordo com o dicionário online Aurélio, é o resultado de um ato médico ou da prática médica, o qual pode ser tanto negativa como positiva. Disponível em <https://dicionariodoaurelio.com/iatrogenia> acesso em 12/12/2018.

como um clássico advogado, circunscreveu seus relatos no interior de ações previamente definidas (entre ele e sua médica) e, para as quais, pareceu-me, não restavam questionamentos.

Confesso que, mesmo experimentada, com anos de profissão, eu segui validando isso, embora comprometida com um processo de perda de peso com o máximo de cuidado nutricional. Com esse Estudo de Caso, entendi que, ao me deixar constranger, aparentemente, abri espaço que cena do cuidado nutricional fosse atravessada, sem muito diálogo, pelos efeitos da orientação médica. Se, no caso do Sr. Francisco, os desdobramentos não foram desfavoráveis, podem ser em outros casos. Fica, assim, assinalada a necessidade de um posicionamento do profissional nutricionista ser sempre e fortemente sustentado junto ao paciente e aos outros profissionais que o atendem.

Outro ponto importante e, preocupante para ele, foi referido: havia experimentado recentemente um episódio de falha de memória. Apavorado, fez uso de uma medicação caseira à base de alecrim, o que resultou em diarreia por uma semana. Confesso que também me preocupei, mas conversamos bastante até que ele (e eu mesma) se tranquilizasse um pouco. O que resultou daí foi a conclusão de que sua rotina no escritório e seus hábitos saudáveis falavam a favor da possibilidade de que tal episódio fosse passageiro.

Voltamos a nos ver em julho, ele pesava 78,3 quilos, continuava se queixando da fadiga, a despeito de Sr. Francisco beber mais café durante o dia, como orientado pela sua médica. Durante este tempo manteve as minhas orientações dietéticas, aumentando o consumo de verduras, legumes e proteínas no almoço; mas relatou-me a inclusão de um novo item: uvas. Desde o seu retorno à clínica, infecções urinárias eram recorrentes. A sua justificativa para a inclusão desta fruta era evitar infecção urinária. De verdade, eu não tinha qualquer conhecimento de tal efeito. Fiz uma busca rápida no meu computador e encontrei referências populares sobre o efeito positivo das uvas roxas na saúde do aparelho urinário. Concluí que não lhe faria mal algum ir por aí, incluí a fruta na dieta.

Na consulta de setembro, o foco foi direcionado para o aumento de peso que, naquele momento, chegava a 79,2 quilos. Sr. Francisco fez um *mea culpa*: tinha abusado da quantidade de comida. Relatou-me, também, que a fadiga intensa permanecia incomodando-o e que, por essa razão, tinha aumentado a ingestão de café. E, ainda, mais um detalhe: a cada xícara de café, comia uma nova fatia de queijo, fato que pela teoria dele, talvez tenha contribuído para o aumento de peso. Se a recorrente queixa de fadiga já me preocupava, a ela se acrescentou seu relato frequentes e intensas câimbras noturnas, o que sem dúvida, interferiam negativamente na qualidade do seu sono. Elas não haviam melhorado mesmo com a minha orientação de suplementar com cálcio e magnésio, mas não havia necessidade de mudar a dieta, já que de acordo com o mesmo, ela estava equilibrada. Vale notar que estava atenta a um círculo que se fechava com os seguintes componentes: má qualidade do sono, fadiga, câimbras e aumento de peso. Porém, meus conhecimentos técnicos aliados a certeza de que o Sr. Francisco estava bem assistido do ponto de vista médico, forçavam-me a certa dose de tranquilidade, já que concretamente ele seguia a dieta balanceada, exceto o uso excessivo de café.

Desloquei a nossa conversa para este tema e recolhi as seguintes informações complementares: o paciente não conseguia dormir à noite pela frequência de micção e também por uma apneia do sono provocada pelo ronco. Ele me confidenciou que a atual esposa havia pedido para ele usar o CPAP²⁴, um aparelho que envia fluxo de ar contínuo para as vias respiratórias, evitando a interrupção da respiração durante o sono. Prescrito pelo médico, o aparelho não era utilizado pelo Sr. Francisco, que não se sentia confortável com o mesmo enquanto

²⁴ CPAP- *sigla de* continuous positive airway pressure pressão positiva contínua das vias aéreas CPAP in Dicionário infopédia de Termos Médicos [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2018. [consult. 2018-11-20 23:21:41]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/CPAP>

dormia. Naquele momento, estava acatando o pedido da esposa e esperava-se que tal interferência no sono seria resolvida.

O Sr. Francisco retornou para nova consulta em novembro, com quase 3 quilos menos (76,4 quilos). Sua teoria de que tomar mais café durante o dia o engordava, estava comprovada para ele, pois o café era sempre acompanhado de uma fatia de queijo. Eu não pensava da mesma maneira e queria manter as 3 porções de queijo por dia, não só por ser a recomendação de ingestão de cálcio para a saúde dos ossos, como também porque as câimbras poderiam ter relação com depleção de cálcio.

A câimbra noturna, referida ao longo do tratamento, continuava me intrigando. Nem minha conduta e nem a dos médicos que o acompanhavam resolveram este incômodo. A dieta, bem como os suplementos alimentares deveriam suprir todos os nutrientes necessários para anular as causas conhecidas (tais como, desidratação, deficiência de sódio, potássio, cálcio e magnésio). Fiz uma revisão das medicações, me certificando que as mesmas não causavam espoliação de nutrientes. Sabe-se que há uma alta frequência de câimbras noturnas entre idosos que ingerem bebidas alcóolicas com frequência e pesquisadores do tema recomendam a adoção do hábito de alongamento, antes de dormir e logo depois do despertar. Contudo ele afirmava que mantinha o hábito de se alongar com a ajuda de sua esposa (HALLEGRAEFF *et al*, 2013; DELACOUR *et al*, 2018).

O Sr. Francisco continuou reclamando de muitas dores nas costas, embora permanecesse na acupuntura e continuasse os exercícios com o fisioterapeuta, duas vezes por semana.

Além de ter diminuído o volume das refeições e a frequência de café e queijo durante o dia, mantinha seu doce no almoço e as uvas no jantar.

3.3. Sabor e saúde

Depois de quase três meses sem que nos víssemos, o Sr. Francisco retornou em fevereiro e se encontrava aparentemente desanimado: subiu as escadas

devagar, me adiantando que teria uma coisa para me contar. Havia sofrido um enfarto, no início de dezembro e ficara internado cinco dias numa Unidade de Terapia Intensiva. Acreditava que a causa de sua ocorrência tenha sido desequilíbrio emocional, em função de desavenças familiares (as quais não se deteve) e situações estressantes no trabalho.

Achava que o susto já tinha passado, que estava se recuperando e que sua esposa estava bastante atenta à medicação e alimentação. Mais uma vez, o Sr. Francisco disse que foi o olhar atento e cuidadoso da sua esposa que o salvou, já que foi ela quem percebeu que ele não estava se sentindo bem à noite e o levou rapidamente para o hospital.

Ainda sentia dores nas costas ao caminhar e seu peso chegou a quase 80 quilos. Não mudei sua alimentação e nem a restringi, já que o momento era de recuperação física, mas também emocional. Vale dizer que ele se sentia um pouco edemaciado e a pressão arterial ainda estava um pouco elevada

Marcamos a próxima consulta para daí um mês, mas ele me ligou. Disse que estava urinando pouco e tinha a sensação de estar sempre inchado. Falamos de chá de cavalinha, me lembrando de que ele sempre relatou o uso de chás de conhecimento popular e a Cavalinha (*equisetum arvense*) está na lista de plantas medicinais de interesse do Sistema Único de Saúde (SUS) pelo Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do Ministério da Saúde.

No mês seguinte, meados de março, eu revi o Sr. Francisco. Tinha emagrecido 700 gramas (estava, então, com 79,2 quilos). Disse que nesse meio tempo já tinha chegado a 77 quilos, mas o peso subiu de novo. Referiu bons resultado com o uso do chá de cavalinha, que aumentara a diurese, diminuindo o inchaço, mas com o inconveniente de obriga-lo a ir de duas a três vezes ao banheiro, na madrugada, para urinar, portanto, sem sono reparador. Reitero que o círculo a que me referi anteriormente, permanecia e, agora imprimia uma oscilação comprimida em espaço de tempo cada vez menor.

Ele me disse, ainda, que mantinha as uvas no almoço e no jantar, sempre com o objetivo de evitar a infecção urinária, e fazia uso de novos remédios, tendo

em vista o infarto. Os exames atuais estavam adequados, exceto um novo achado no exame de ultrassonografia, ainda em análise para confirmação ou não de um tumor no rim direito, já que poderia tratar-se apenas de um cisto.

Em relação às câimbras, disse que sentia um pouco de melhora com uso de meias para dormir, mas piora quando bebia vinho, confirmando a hipótese de câimbras noturnas de idosos com ingestão frequente de bebida alcóolicas, como citato anteriormente. Queixou-se de que sentia mais compulsão para doces, especialmente os caseiros, seus preferidos. Lamentou mais um fato novo: quebrou a raiz de um dente incisivo superior ocasionado pelo caroço de goiaba na goiabada cascão. Completou que era irresistível, já que era uma goiabada especial produzida na cidade de Bananal.

A cidade estava sendo frequentemente referida por ele, já que seus doces preferidos vinham de lá, ou porque havia se tornado um refúgio de fim de semana ou fim de ano. Mais uma vez, eu quis saber mais a respeito deste lugar. Repetiu toda a história já sendo costurada ao longo de nossos encontros, sem detalhes adicionais. Desta vez, enfatizou que apenas ele havia criado raízes na cidade e estabelecido laços afetivos com a gastronomia local. Assegurou-me que o cardápio, elaborado com as preparações que estão na memória afetiva de qualquer um que tenha vivido em fazenda ou que conheça a gastronomia do interior de São Paulo, constituía uma boa razão para que o lugar se tornasse conhecido.

Estava claro que o restaurante e a casa no interior mantinham seu vínculo afetivo com suas origens. Os significados da comida caipira eram destacados! O Sr. Francisco emocionado, evocou um dos pratos mais famosos e imperdíveis do restaurante: a galinha d'angola ao molho pardo. Abatida no próprio quintal, a iguaria preparada no pela D. Licéia ficaria na memória como a melhor que já se tinha provado, razão pela qual muitos paulistanos frequentavam o seu restaurante. Além disso, a ida até o Bananal nos brindava com uma inesquecível experiência na região do Vale do Café e das históricas fazendas da época da riqueza paulista.

Com carinho no olhar e na fala, o Sr. Francisco tentou me descrever o local: uma casa simples, pequena, mesas e cadeiras de madeira, fogão a lenha visível e

patos, galinhas e marrecos soltos no quintal. Animais que se tornavam parte do cardápio, bem como vegetais de uma horta da qual se extraíam hortaliças da época. Entendo sua ligação afetiva alimentar com D. Licéia quando me lembro de sua primeira consulta, ao registrar suas preferencias alimentares. Já que sua rotina em São Paulo o obrigava a uma dieta saudável, com menos gordura e menos açúcar, no Bananal, Sr. Francisco se permitia alimentar a alma, se libertando das restrições impostas por todo corpo clínico que cuidava de sua saúde.

De lá também vinham os queijos e os doces caseiros que estavam diretamente influenciados pela cultura portuguesa. Entendi agora porque a sua predileção pelos fios de ovos. Eles traziam consigo toda a história antes relatada e recheada pelo amor e dedicação da cozinheira. Tê-los em casa era como levar todo esse afeto para a comida. Nessa perspectiva, entravam também as geleias e a cachaça. Com esta conversa, repleta de boas lembranças e grandes afetos, nos despedimos.

Em maio, o Sr. Francisco voltou com pouco mais de 80 quilos. Admitiu ter engordado neste período, mesmo com jantar limitado a saladas e preparações proteicas com pouca gordura. Desde o dia anterior, decidiu voltar ao jantar com sopas, mas confessou que estava com alimentação livre no fim de semana. Mantinha sobremesa doce no almoço, especialmente a goiabada, cerejas em calda e bolo brigadeiro, todos trazidos do Bananal.

E como se ainda não tivesse descrito o restaurante da Dona Licéia, recommençou a história e acrescentou mais um ponto: com ênfase, revelou que seus pratos preferidos eram o feijão tropeiro, pudim, torresmo, compota de figo e de laranja e a famosa goiabada. Neste momento, foi tomado pela lembrança paterna. Reconheceu que achava ridículo seu gostar de goiabada, mas que hoje gostava mais desse doce do que ele.

Os novos resultados dos exames médicos não deixaram margem à dúvida de que o achado no rim era um nódulo, que deveria ser cirurgicamente retirado no mês seguinte. E, para tanto, seria preciso suspender os medicamentos em uso deste o episódio do infarto. Sr. Francisco se mostrou tranquilo e confiante em

relação à cirurgia. Despedi-me dele, colocando-me à disposição para um atendimento domiciliar, caso não pudesse vir à consulta agendada para o início de julho. Consulta que foi desmarcada, o que nunca tinha acontecido antes. O motivo me deixou bastante preocupada: houve complicações durante a cirurgia e uma importante hemorragia o deixou hospitalizado por vinte e um dias.

Contatei-o semanalmente para saber do seu estado de saúde. Com uma lenta, mas progressiva melhora, o Sr. Francisco voltou às atividades laborais e aos compromissos com as Entidades nas quais era conselheiro. Remarcou uma consulta para o início de agosto. Fiquei feliz em revê-lo, mas observei que estava debilitado e, pela primeira vez, veio acompanhado de sua esposa. Logo após as apresentações, o paciente, que é bastante falante, cedeu voz à ela, que me disse o seguinte: o cisto tinha aparecido há um ano nos exames de imagem e seu tamanho era de dois centímetros. Quando o mesmo atingiu três centímetros, o médico decidiu retirá-lo. Durante o procedimento, se certificaram de que era um tumor maligno, desencapsulado e se expandindo para a gordura presente no entorno do rim. Consequentemente, o procedimento cirúrgico foi mais agressivo do que se esperava, o que ocasionou o intenso sangramento.

Durante a hospitalização, o quadro geral complicou-se por um período de 13 dias, com uma paralisia no íleo e problemas no funcionamento do tubo digestório. Nesse tempo, o Sr. Francisco alimentou-se por sonda nasogástrica (nove dias) e, embora tenha necessitado de duas bolsas de sangue, ainda apresentava um quadro anêmico. Naquele momento, tanto o sistema urinário como o gástrico funcionavam bem. O retorno ao trabalho se deu uma semana após a alta hospitalar.

A esposa assinalou que estava preocupada com a sucessão de internações e que pretendia assumir os cuidados com o marido, incluindo uma alimentação adequada que o fortalecesse e contribuísse para seu bem-estar e melhora da saúde. Particularmente estava apreensiva com a última avaliação do cardiologista, que havia detectado, em exames específicos, a obstrução de 60% das artérias,

mesmo levando em conta a colocação de um *stent*²⁵. Os exames também mostraram diminuição nos níveis de colesterol sanguíneo, além de aumento da fração HDL²⁶ e diminuição de LDL.

Quanto à alimentação atual, a esposa referiu a introdução de fígado bovino nas refeições, com o intuito de combater a anemia. Minha orientação, contudo, foi a de que diminuísse a frequência do mesmo no cardápio para uma vez por semana, já que tal iguaria (embora um dos seus pratos preferidos e melhor fonte de ferro dietética), contém alto teor de colesterol. Por essa razão, prescrevi um suplemento medicamentoso de ferro.

Vale dizer que enquanto eu falava, a esposa anotava tudo, mas também me disse sobre a presença de um quadro que até então eu desconhecia: o Sr. Francisco apresentava dermatite ocre. Sua pele estava bastante inflamada, com vermelhidão edemaciada. Acrescentou que massagens eram feitas com hidratante toda noite. Este tipo de dermatite, de cor acastanhada, que ocorre nas pernas, é observada em

²⁵ *Stent* – procedimento cirúrgico por técnica percutânea de prótese endovascular para o tratamento de obstrução da artéria carótida. Disponível em <http://educacao.cardiol.br/congresso/liii/temas/273.asp> acesso em 12/12/2018.

²⁶ HDL e LDL – [...] As lipoproteínas permitem a solubilização e o transporte dos lípidos, que são substâncias geralmente hidrofóbicas, no meio aquoso plasmático. São compostas por lípidos e proteínas denominadas apolipoproteínas (apos). [...] Existem quatro grandes classes de lipoproteínas separadas em dois grupos: (1) as ricas em TG, maiores e menos densas, representadas pelos quilomícrons, de origem intestinal, e pelas lipoproteínas de densidade muito baixa ou *very low density lipoprotein* (VLDL), de origem hepática; e (2) as ricas em colesterol, incluindo as de densidade baixa ou *low density lipoprotein* (LDL) e as de densidade alta ou *high density lipoprotein* (HDL). Existe ainda uma classe de lipoproteínas de densidade intermediária ou *intermediary density lipoprotein* (IDL) e a lipoproteína (a) [Lp(a)], que resulta da ligação covalente de uma partícula de LDL à apo (a). A função fisiológica da Lp(a) não é conhecida, mas, em estudos mecanísticos e observacionais, ela tem sido associada à formação e progressão da placa aterosclerótica. [...] (V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 101, No 4, Supl. 1, Outubro 2013, p.15)

adultos e idosos, entre outras causas, como consequência de ficarem muito tempo em pé ou sofrerem de varizes ou obesidade.

Escondi minha preocupação, mas solicitei analisar mais uma vez os exames recentes. O nível de potássio estava levemente aumentado, bem como o nível de creatinina e a proteína C reativa, apontando para uma insuficiência renal aguda (IRA). Contudo, não recebi nenhuma solicitação médica para prescrever uma orientação dietética em IRA e, por isso, preferi não me antecipar à conduta médica. Frequentemente, me pego com condutas conservadoras e, talvez por essa razão, resolvi diminuir as fontes de potássio da dieta, restringindo os alimentos crus e as frutas *in natura*, mantendo o equilíbrio proteico-calórico, evitando a desnutrição e a perda de massa muscular (SBN, 2007).

Enquanto prescrevia a dieta no computador, explicava os motivos de cada restrição ou inclusão de alimentos. Quando disse que estava excluindo as saladas cruas, o Sr. Francisco mostrou contrariedade. Justificou dizendo que se antes não gostava de saladas cruas, aprendeu a apreciá-las a partir de minhas orientações. Agora, as mesmas lhe pareciam indispensáveis. Diante disso, voltei atrás e restringi a quantidade a meio prato raso de folhas e legumes crus.

A esposa, carinhosamente, se dirigiu ao Sr. Francisco, dizendo-lhe que iria me questionar sobre todos os pratos preferidos do restaurante que frequentam uma vez na semana. Nesse momento, enriqueceu a lista dos excessos gastronômicos do marido: rabada, língua, bife de chouriço e peixe à *Belle Meunière*. Reforcei, então, a necessidade de diminuir a ingestão de gordura saturada, mas objetei quanto a ir ao restaurante semanalmente, preferindo me ater ao controle das refeições em casa, já que a esposa se mostrava muito disponível a comandar a cozinha e as escolhas dos cardápios durante a semana.

Perguntei sobre o consumo de doces e a esposa, novamente, recheou a lista das preferências do Sr. Francisco: goiabada, fios de ovos, doce de leite, pudim e *petit gateau* com sorvete. Lembro que estes doces vêm do Bananal e pergunto se mantém um estoque deles. A esposa me perguntou, então, se eu conhecia a Dona Licéa e, frente a minha negativa, o Sr. Francisco, que estava calado na consulta, se

pôs a descrever, mais uma vez, as qualidades da cozinheira e repetiu que a mesma tinha sido premiada pela revista Quatro Rodas e entrevistada pelo New York Times. Ela reitera que, além das melhores comidas, também tinha a melhor cachaça. Agora o Sr. Francisco afirma que quando fica resfriado melhora com duas a três doses da bebida.

Prescrevi a dieta com todos os detalhes solicitados pela esposa do Sr. Francisco. Marcamos um retorno para o próximo mês. Ele se levantou com bastante dificuldade e desequilíbrio. Na semana seguinte, telefonei para saber como estava se sentindo, e ele me disse que estava se recuperando bem. Aproveitei para marcar a entrevista para complementar os dados na realização deste trabalho. Já havíamos conversado sobre isso antes e ele, prontamente, se disponibilizou para me atender no seu escritório.

3.3.1 Entrevendo escolhas alimentares nos enunciados narrativos do Sr. Francisco

Na data marcada, cheguei pontualmente ao escritório do Sr. Francisco, seguindo seu exemplo de compromisso e pontualidade. Fui recebida pela sua secretária, que me conduziu à sala de reuniões. Observei que as paredes estavam repletas de obras de arte, o *design* dos móveis do escritório antigo, haviam vários relógios em cima de um deles ... Minha primeira impressão foi a de que a questão do tempo lhe era muito cara. Aquele local estava repleto de memórias, um campo fértil para que eu introduzisse questões que possibilitasse trazer algumas delas à tona. Meu objetivo era como já declarei de início, me aprofundar na questão da memória afetiva alimentar e seu papel na prescrição dietética.

Os objetos antes mencionados me davam a dimensão de uma dinâmica temporal própria da vida do Sr. Francisco: ele estava sim, muito ligado ao passado, mas também, que ninguém se engane, fortemente muito envolvido com o presente (nas várias atividades em que se colocava ativamente) e com bastante disposição

interna e externa para projetos futuros. Abri a escuta para este entrelaçamento em que *chronos* e *kairós* se entrecruzam.

Mas voltemos à entrevista. O Sr. Francisco chegou e notei que caminhava, com passos curtos e lentos. Me cumprimentou e referiu melhora na sua condição de saúde. Disse-me, contudo, que sem sentia inseguro para caminhar. Se sentou na ponta da mesa e eu do lado esquerdo. Iniciei perguntando-lhe sobre os alongamentos ao que ele me respondeu:

“Tenho feito menos alongamento, porque o que acontece na verdade, é que aconteceu uma coisa no bom sentido, quer dizer eu tinha um fisioterapeuta que vinha toda terça e quinta. Acontece que no entanto, a coisa estava meio desanimadora, sabe? Porque... estava mais interessado no seu “smartphone” dele do que dar atenção. Tinha aquele exercício sempre a mesma coisa; faça isto, alongue desta maneira... e a coisa ia a aula inteira, era igual. Então eu resolvi dar uma parada, sabe? A gente quer ter uma pessoa mais interessada. Que há um problema há ser resolvido. E vejo que não vai resolver”

Aproveitei para indicar um fisioterapeuta conhecido. Ele agradeceu e disse que estava se preparando para uma viagem e que entraria em contato com ele na volta.

Relembro sobre esta dissertação e que queria explorar alguns pontos específicas sobre o tema da memória afetiva alimentar, tema que nem sempre frequentou de modo explícito os nossos encontros para as consultas.

O Sr. Francisco logo se lembrou e assinalou sua motivação para me procurar há 10 anos, destacando ao mesmo tempo, a necessária perda de peso para a colocação da prótese no fêmur e minha disponibilidade para visita-lo em Porto Alegre. Me parece que esta minha atitude reforçou os laços de confiança e credibilidade no meu trabalho e na atenção com ele.

Começo perguntando sobre que alimentos ele mais gostava e sua relação com sua história de vida. Ele sorri e começa:

“a coisa ficou numa situação tal... Hoje tem várias coisas agradáveis, a companhia de uma pessoa que a Sra. quer bem, uma viagem voltando à um lugar que a Sra. conheceu e que a Sra. gostou e, por incrível que pareça, poder descansar um pouco.”

Reforço a pergunta: E a comida?

“Sabe o que acontece? na realidade, a comida... eu comia o trivial, eu sempre gostei do trivial e gostava destas coisas que, digamos, é.. tinha mais atração por rabada, porque minha mãe fazia muito bem. E estas coisas mais ligeiras, tinha o famoso pão de queijo. E era muito gostoso. E tinha o famoso biscoito de polvilho. Minha mãe era do Vale do Paraíba e fazia este biscoito de polvilho que era muito gostoso. Fazia o pão de queijo e tinha outro nome, não me lembro se era tortinha de queijo, era uma coisa assim. Mas era toda a argamassa do biscoito, ela fazia esta tortinha, pãozinho de queijo. Era uma coisa que meu pai gostava e eu também gostava atrás dele. Também havia o tender que era feito em todo Natal. O tender era muito curioso, porque ela trazia uma perna mesmo de porco, né? Uma perna de porco. E esta perna de porco, ela ia preparando em tempero durante mais de 10 dias. E ela, era muito engraçado porque, você lembra daquelas latas de azeite de 20 litros? Então, numa daquelas latas de azeite de 20 litros, ela enchia de tempero e colocava a perna lá. Depois ela cobria a perna, deixava lá. Isto na realidade, depois que ela achava que o tempo era suficiente para que a perna estava temperada, levava ao forno e, daí era o tender. E o tender meu pai adorava. E eu também gostava muito. Mas é engraçado que a coisa que eu mais gosto hoje, e ainda gosto e gosto muito, é pão. Aquilo que a Sra. falou, quer dizer... eu de manhã comer um pãozinho, é uma coisa formidável. Mas a S....(nome da esposa) tem trazido, não sei se a Sra. já foi, tem aqui na Rua Rui Barbosa, a padaria “A Italianinha”. A Sra. sabe que na Italianinha eu comprava a baguete francesa fininha, italianinha e ...comprava depois um pouco de presunto cru ou senão um

pouco de mortadela, que acho uma delícia também, e levava para casa. E, na realidade, só jantava aquilo. Mas, evidentemente, é uma coisa assim, que... era só aquilo. E até hoje eu gosto de pão com manteiga, sabe? E salzinho em cima, né? É engraçado que eu aprendi a comer salada com a Sra. porque eu não comia salada de jeito nenhum. Sabe, quer dizer, nada disto. Hoje em dia eu gosto, gosto mesmo, sinceramente. E gosto e como com prazer, de salada. Então, tenho uma empregada que está comigo há mais de 30 anos, e ela, então, faz tudo muito bem feitinho, tudo isto. Então, vai fazendo, vai mudando e tal. O sabor é muito gostoso, muito, muito”.

Nem é preciso ir muito longe para reconhecer o porque do seu apreço pelas carnes gordurosas e pelo pão. Nestas iguarias passado e presente se misturam e imprimem sabor que ultrapassa o literal, ou seja, o tempero de cada um dos alimentos. O que ganha força aqui é o sabor, de através deles, resgatar a relação parental e o “tempo bom”. Mas esta mesma análise pode ser aplicada ao seu atual apreço pelas saladas; nele está imiscuído a nossa própria história que, apesar de recém construída, está impregnada de afeto. Afeto que não nos deixa confundir nossas posições na cena clínica. Ele me procura porque supõem em mim um saber técnico e eu o recebo porque acolho sua demanda de mudança (no caso, mudança de peso). Toda clínica se funda nessa diferença de posições, mas como nos ensina Ayres (2004), os cuidados de saúde implicam a permeabilidade do técnico ao não técnico, dimensões interligadas que determinam sucesso/ insucesso terapêutico.

Nesta longa fala do Sr. Francisco, a qual ouvi atentamente, além da memória afetiva entrelaçada a cultura gastronômica da família, um fato me chamou a atenção: ele se censura na restrição do pão. Será que isto não responde pela perda e reganho de peso nos últimos 30 anos? Agora tinha confessado que ficara feliz com a inclusão do pão na dieta, mas retomando os relatos das consultas, mesmo quando havia a liberação do mesmo, ele não incluía, parecia temer comer algo que gostava muito e ganhar peso. Quando perdeu peso, mesmo incluindo o pão no café da manhã, iniciou o processo da confiança que na entrevista afirma: “[...] *Aquilo que*

a Sra. falou, quer dizer... eu de manhã comer um pãozinho, é uma coisa formidável [...]”

Retorno a entrevista e a minha indagação sobre o Natal, querendo mais detalhes sobre a família e os parentes que se reuniam nesse tempo. Ele, então, me disse:

“As pessoas eram as que estavam lá, sempre lá. Amigos também. Mamãe e papai tinham duas primas irmãs que queriam muito bem e estas primas irmãs, a mãe delas então, que era a tia do meu pai, era muito querida e, apesar de ter filhos, vários filhos... mas papai era muito ativo, muito mais próximo da tia. Minha mãe também... então, praticamente, todos os domingos, eles almoçavam conosco. Eram duas irmãs, B... e H... e a sobrinhas delas, que era filha de uma irmã que era casada com um inglês, era, sabe... meio... um pouco complicada. Então a menina foi criada pelas duas. Então, a mesma fazia parte da família.”

Note-se que os laços familiares responderam em ocasiões como o Natal, mas também nos almoços de domingo pela reunião de todos em torno de uma mesa com as iguarias antes descritas por ele. Se a mesa não era mais o lugar de reunir a família atual, um arremedo destas reuniões se instaurava na cidade do Bananal, primeiro com os amigos na casa que compraram e, em seguida com D. Licéia com seus clientes, no restaurante que, não sem razão, tornou-se o seu predileto porque o cardápio replicava sabores e aromas das comidas caipiras que, por sua vez, atualizavam lembranças de bons encontros no seu passado mais distante.

Pergunto sobre viagem, algum alimento que lembre viagem.

“Sabe o que acontece? Na infância ia para Guaratinguetá, a família era de lá e depois minha avó tinha morrido lá e, principalmente na época de finados,

estávamos sempre lá. E íamos na época, de automóvel e meu pai tinha um automóvel da época. E hoje eu tenho o carrinho que meu pai tinha, um Fordinho 37. Então, este Fordinho 37 era o que nos levava para Guaratinguetá. E depois ele trocou por um Mercure 46 e depois 51 e a gente então usava muito. Mas comida lá não me recordo. Mas havia muita afetuosidade, muita ligação. Ficávamos na casa de um tio, cuja mulher era irmã de mamãe. E este tio, interessante, porque ele fez uma casa em Guaratinguetá nos mesmos moldes que meu pai fez aqui no Pacaembu, igual praticamente, um castelinho. E nós ficávamos na casa dele.”

O Sr. Francisco se aprofunda na memória de família, conta o nome e a profissão dos primos, cita os que já morreram e os que estão muito doentes, debilitados. Reafirma que é por isso que ele é ativo, diz que não pode parar. Confesso que me sinto frustrada, chego a pensar que fui inconveniente em marcar esta entrevista no seu local de trabalho, já que suas respostas furtavam-se do objetivo dos meus questionamentos. Porém, na transcrição da sua fala, noto que os alimentos têm poder implícito, cuja descrição da família e dos carros revelam o significado de suas memórias: a comida simboliza família.

A referência familiar escancara a realidade etnocêntrica da essência de cada membro como ponto convergente dos fenômenos sociais. É neste núcleo que construímos nossa auto-imagem e significamos o mundo. Para o Sr. Francisco, as lembranças traduzem as experiências vividas ao longo de sua vida, delimitada por uma história, como afirma Sarti (1999), que se conta desde o nascimento e por toda a vida, pela oralidade, pelas ações ou silêncios, mas contatada pelo jeito de cada um. E são os mais velhos que dominam esta história, transmitindo de geração a geração, espelhando a identidade dos núcleos familiares através do sentido de pertencimento (SARTI, 1999).

Para o Sr. Francisco, as comidas têm o poder implícito de transmitir o significado da família, mas note-se que não representa a fuga para o passado, mas deixa que o passado flua com leveza.

Senti que ele estava desconfortável e cansado, falava cada vez mais baixo. Ainda se recuperava da cirurgia do rim. Não quis incomodá-lo mais, me despedi ouvido o próximo projeto dele: levar a esposa para conhecer Portugal e Espanha. Pretendiam chegar em Portugal, visitar o Santuário de Fátima e depois vão de carro, automóvel como ele diz, até Santiago de Compostela na Espanha.

Antes de finalizar a reflexão encaminhada neste capítulo, gostaria de assinalar o que esse estudo de caso me ensinou, e talvez possa ensinar a outros profissionais que, como eu, se ocupam de orientar dieteticamente idosos.

Em primeiro lugar, o caso do Sr. Francisco traz à cena a questão da mudança. De fato, mudança não é algo estranho à etapa vital denominada velhice. Este caso, visto pela ótica da orientação dietética, deixa ver um velho bastante comprometido com um objetivo – o da perda de peso (com suas diversificadas motivações: estéticas, de saúde, etc) – e aberto para as mudanças que o levariam a realizá-lo. Sr. Francisco faz valer a máxima “a vida é polaridade dinâmica”, de Canguilhem (1966/1970), aplicada a um tempo vital/existencial que, de modo equivocado, é entendido mais fortemente como o tempo de mudanças negativas: declínio físico, ausência de projetos, entre outros.

Outro ponto diz respeito à mutualidade constitutiva das dimensões biopsicossociais na determinação de uma vida com mais qualidade na velhice. Neste caso, vimos que desequilíbrios na esfera orgânica (comprometimento da motricidade, com debilidades musculares e dores, questão pulmonar, renal, etc) puderam ser compensados por normatividade²⁷ (CANGUILHEM, 1966/1970) psicológica e social. A primeira se revela na força de decisão (determinação) que move positivamente o Sr. Francisco para realizar o que se propõe (na esfera amorosa, de trabalho, mas também na dos hábitos alimentares).

A segunda se apresenta, logo de início do acompanhamento nutricional, como resultado de uma condição socioeconômica cultural marcada por suporte que

²⁷ Normatividade é o nome dado por Canguilhem (1966/1970) à capacidade que um ser tem de reagir a tudo que o ameaça, ou que pode lhe destruir. Tal capacidade se apresenta tanto do ponto de vista biológico, quanto psicológico e/ou social.

valoriza a vida com qualidade (acesso a alimentos, lazer, trabalho, dispositivos e equipamentos de saúde, entre outros). Mas, o que ficou também mais evidente com o passar do tempo é que o companheirismo de sua última esposa e o seu forte enlaçamento com questões eram caras ao Sr. Francisco, principalmente o da correlação entre alimentação e afeto. Sua presença também lhe trouxe, com mais força, e gradativamente, os efeitos positivos de se adotar uma alimentação saudável, o que parece abrir espaço para que o foco não recaia sempre sobre a questão do peso corporal.

É certo que a questão da memória afetiva alimentar ganhou maior destaque na entrevista, do que propriamente nas consultas, muito embora, intuitivamente, minha conduta como nutricionista tenha procurado preservar um tanto de alimentos de sua preferência que pudessem motivá-lo a manter a dieta prescrita. Como se viu, eu não fui indiferente ao que poderia lhe assegurar prazer ao comer. No caso, doces e carnes vermelhas, que mantive na dieta, mas com ingestão modificada. Manter e modificar foram decisões-chave para que ele pudesse, sem remédios, sustentar o desejo de um corpo mais saudável, esteticamente mais bonito e mais potente, do ponto de vista energético. Este Estudo de Caso, confirma, portanto, a hipótese inicial que deu origem a esse trabalho.

O caso do Sr. Francisco nos ensina, então, que o corpo é habitado e que essa constituição simbólica determina o destino e os efeitos de uma vida. Também que o desenrolar dessa vida se faz sempre no seio social. Esse corpo reage – do ponto de vista biológico e psicológico às condições que lhe são impostas por esse meio. A isso Canguilhem nomeou normatividade vital/existencial. Este estudo se apresentou, assim, como uma oportunidade para reconhecer o quanto é preciso ampliar a noção de vida, de corpo e, conseqüentemente, de envelhecimento e velhice com os quais lida o campo da Nutrição, tendo em vista a centralidade da relação desse corpo com o alimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao colocar um provisório ponto final na reflexão que encaminhei neste trabalho, me dou conta essencialmente, em primeiro lugar, da oportunidade ímpar que ele me proporcionou, depois de um longo tempo de exercício clínico e de docência, de ressignificar e revitalizar os encontros com meus pacientes e com os jovens nutricionistas em formação.

Na posição de discente e pesquisadora, o compromisso com o aprofundamento teórico, colocou-me: 1) no interior de um campo de questões que, cada vez mais, me pressionam no exercício profissional, mas que também me dizem respeito pessoalmente: aquelas que envolvem o processo de envelhecimento e a velhice. No capítulo 1, trouxe um debate que, sem dúvida, me deram suporte para pensar algumas das especificidades que a temática coloca para o campo da Gerontologia e/em sua articulação com o da Nutrição; 2) frente a autores que até então eu desconhecia na minha própria área de formação e atuação, o que me permitiu identificar os seus movimentos atuais de teorização e as tendências na abordagem de seu objeto, o que constituiu o eixo de minha discussão no capítulo 2.

No capítulo 3, a retomada da história de atendimento do Sr. Francisco, me tomou de emoção. A conclusão do estudo do seu caso me permitiu uma autocrítica e um reposicionamento pessoal e profissional muito produtivo. Trouxe-me, também, a certeza de que há uma urgente necessidade da inclusão de disciplinas como Antropologia e Gerontologia na formação do nutricionista. A apresentação desta Dissertação nos coloca diante da problemática que envolve a dissociação dos saberes da Área Biológica com aqueles implicados nas Áreas de Humanas e Social.

A formação do médico e a dos denominados “biomédicos” (nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros, etc.) se assenta na normatização fisiológica do corpo humano, atendendo às necessidades isoladas de um tratamento de saúde e se

esmerando em ampliar os conhecimentos em diagnósticos precoces de doenças e procedimentos de tratamento e cura. Devido aos avanços da Medicina, nos deparamos com o aumento da expectativa de vida e podemos ter maior qualidade de vida. Tudo muito louvável! Porém, com o Estudo de Caso e, apesar da longa experiência profissional, pude analisar inúmeras falhas na minha condução do tratamento, para as quais, despida de vaidade, coloco em discussão e reflexão na formação de novos profissionais nutricionistas, além de torná-las públicas.

Na padronização do atendimento para a orientação dietética, registramos a história do paciente e nos baseamos em referências numéricas para a elaboração da dieta. Nesta mesma história, colhida na primeira consulta, especialmente para o idoso, por vezes não atentamos para a história familiar, as relações intergeracionais e as diferenças culturais que se refletem nos hábitos alimentares. Somos preparados para resolver um problema, para criar uma estratégia alimentar que implique na melhora da saúde e para responder uma demanda contemporânea relacionada com a educação nutricional e a obesidade crescente em todo o mundo, mas muitas vezes não desenvolvemos a prática da escuta para o que é singular ou subjetivo.

A alimentação tem sido um dos temas mais divergentes na busca da saúde e em especial, na perda de peso de crianças e adultos, o que tem respingado na busca do envelhecimento saudável. Ao atendermos tal demanda, nem sempre aliamos conhecimentos técnicos com saberes não técnicos, ou mesmo prazeres gastronômicos determinados culturalmente. Exatamente em função desse movimento de busca do viver mais e melhor, os nutricionistas clínicos têm recebido, cada vez mais, pacientes idosos encaminhados por médicos, para um tratamento específico, inerente ao processo de envelhecimento ou sem indicação específica, mas com a expectativa de melhoria da qualidade de vida com peso corporal adequado, como foi o caso do Sr. Francisco, para o qual declaro alguns sucessos e insucessos.

Relaciono como sucesso, as mudanças alimentares relatadas pelo Sr. Francisco, especialmente para as hortaliças que, inicialmente ausentes nos seus cardápios, foram incluídas lentamente e passaram a fazer parte dos alimentos capazes de provocar prazer numa refeição.

Mas é em relação ao insucesso que trago aqui todas as considerações. A primeira delas está relacionada ao propósito revelador da interdisciplinaridade. Reitero que, apesar do tempo de experiência e da prática da comunicação com os profissionais envolvidos (médico, fisioterapeuta, psicólogo e *personal trainner*) no tratamento dos meus pacientes, confesso ao longo do texto do Estudo de Caso, minha resignação em uma conduta submetida à ordem médica. Contudo, também assinalo a minha liberdade que, em alguns momentos, dela se destaca por intuição ou efeito do aprendizado destes longos anos de exercício profissional.

Tomo meu direito de conduzir condutas próprias, mas me deixo tomar pelo discurso médico que, diga-se de passagem, ganha voz na voz do paciente. O Sr. Francisco aguarda e segue a ordem médica, me traz as suas demandas e o olhar que submete a minha atuação profissional aos ditames daquele discurso. Além disso, me deparei com condutas de médicos que atravessaram a minha orientação, abrindo espaço para que ela se comprometesse. Não posso deixar de assinalar, aqui, também, que outros atravessamentos podem comprometer a orientação dietética, caso o nutricionista não esteja atento a tal possibilidade: por exemplo, o uso de ervas que, segundo saberes leigos veiculados pela cultura, seriam pertinentes para este ou aquele fim. Há, ainda, que se atentar para o grupo social familiar e a relação que tais pacientes entretêm com aqueles que respondem pelo preparo da comida. Interessa ao bom exercício clínico problematizar as condições sociais e as relações que aí se estabelecem para que a orientação seja adequada.

Se é do meu conhecimento o comportamento dos jovens que buscam informações em plataformas digitais, sei também da importância de se conduzir uma de forma interdisciplinar uma orientação dietética. Se sou capaz de produzir uma

dieta adequada, com a inclusão de preparações gastronômicas prazerosas, por que me deixei constranger por orientações médicas, sem insistir no alinhamento das informações sobre o paciente, assegurando-lhe maior efetividade quanto à dieta prescrita?

Esta pergunta, que faço aqui, descaracteriza minha ação específica no que diz respeito ao atendimento que se espera de mim junto ao paciente. Eu estava certa de que as prescrições poderiam levá-lo tanto à pretendida perda de peso, quanto à aquisição de hábitos saudáveis. Entendo que o paciente também, uma vez que retornava às consultas e comprovou os bons resultados da orientação. Contudo, desde o início, as mesmas orientações divergiam de suas experiências médicas anteriores, que relacionavam perda de peso com restrição de alimentos, somado ao uso de medicamentos. Restringir, única e exclusivamente, não pareceu, na sua história de vida algo muito adequado, já que por mais de 30 anos teve que se haver com a mesma problemática. E, nos últimos 10 anos, ainda conviver com a dislipidemia, enfarto, anemia após cirurgia do rim...

Hoje, no fechamento desta análise, posso reconhecer um *gap* na minha formação profissional e, de modo geral, na dos nutricionistas que ainda estão em formação atualmente. Se apesar de mais de 30 anos dedicados à orientação de mais de 10.000 pacientes, me deparo com fenômenos inibitórios na orientação de um idoso, como garantir o preparo desses jovens para que não deixem que tal aconteça e insistam no diálogo, tanto do ponto de vista teórico como prático?

Deixo aqui uma sugestão de implementação na formação do Nutricionista. Os estágios obrigatórios propiciam experiência prática ao aluno nas principais áreas de atuação, mas a inclusão das disciplinas de Antropologia e Gerontologia no currículo básico, com atividades de campo nas mais diferentes culturas, podem acrescentar conhecimentos inéditos e necessários à prática profissional. É imprescindível que o aluno de Nutrição tenha vivência de campo no tratamento de idosos, conhecendo a inscrição simbólica e cognitiva do alimento no processo de envelhecimento. É indispensável conhecer preparações culinárias regionais,

religiosas, de época e de memórias afetivas. O nutricionista deve entender que o alimento e as preferências alimentares indicam um jeito de viver repleta de histórias e significados que devem ser respeitados e considerados na orientação dietética, para além da necessidade fisiológica.

Os Manuais e Diretrizes relacionam condutas médicas a vários aspectos de desordem fisiológicas e são importantes na validação dos processos de correção, mas em particular na área da Nutrição, os nutrientes necessários ao crescimento, desenvolvimento e manutenção do organismo em todas as fases da vida, são veiculados por alimentos que carregam histórias, desejos, costumes e crenças que alimentam corpo e alma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, G. **O que é contemporâneo? E outros ensaios**. Traduzido por Vinícius Nicastro Honesko, Chapecó: Argos Editora, 2009.

ALEXANDRE T. da S. et al. Prevalence and associated factors of sarcopenia among elderly in Brazil: findings from the SABE Study. **The journal of nutrition, health & aging**, v.18, n. 3, p. 284-90, 2014.

ALGRANTI, L. M. Alimentação, Saúde e Sociabilidade: A arte de conservar e confeitar os frutos (século XV- XVIII). **História: Questões & Debates**, n. 42, p. 33-52, 2005.

ALMEIDA, J.C. et al. Revisão sistemática de dietas de emagrecimento: papel dos componentes dietéticos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 53, n. 5, p. 673-687, 2009.

ALONSO, A. C. et al. Relationship between bone mineral density and body composition in elderly. **Acta Ortopédica Brasileira**, [s.l.], v. 26, n. 1, p.27-29, fev. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-785220182601182340>.

ALVARENGA, M.; JUNIOR, C. V. Habilidades de comunicação. In: ALVARENGA, M. et al. **Nutrição Comportamental**. São Paulo: Manole, 2015. cap. 8, p.191-214.

ALVARENGA, M.; KORITAR, P. Atitude e comportamento alimentar – determinantes de escolhas e consumo. In: ALVARENGA, M. et al. **Nutrição Comportamental**. São Paulo: Manole, 2015. cap. 2, p.23-50.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO. **Histórico do nutricionista no Brasil - 1939 a 1989: coletânea de depoimentos e documentos**. São Paulo: Atheneu, 1991. 444 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. 4. ed.** São Paulo: ABESO, 2016. 188 p.

ASSUMPÇÃO, D. et al. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 8, n. 30, p. 1680-1694, 2014.

ATTEMS, J.; WALKER, K.; JELLINGER, A. Olfaction and Aging: A Mini-Review. **Gerontology**, v. 61, n. 6, p. 485-490, 2015.

AVESANI, C. M.; SANTOS, N. S. J.; CUPPARI, L. Necessidades e recomendações de energia. In: CUPPARI, L. **Nutrição Clínica no adulto**. São Paulo: Manole, 2014, cap. 1, p. 27-45.

AYRES, J. R. C. M.. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.16-29, dez. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902004000300003>

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 355 p.

BAGLIETTO, L. et al. Dietary patterns and risk of breast cancer. **British Journal of Cancer**, v. 104, n. 3, p. 524-531, 2011.

BARBIERI, M. C. et al. **A Produção do Conhecimento Científico em Gerontologia e Geriatria no Brasil**. In: VII ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA DO CESUMAR. **Anais eletrônicos**, Maringá, 2011.

BARBIERI, R. L.; STUMPF, E. R. T. **Origem e evolução de plantas cultivadas**. Brasília/DF: Embrapa Informação Tecnológica, 2008. 909 p.

BASSLER, T. C.; LEI, D. L. M. Diagnóstico e monitoramento da situação nutricional da população idosa em município da região metropolitana de Curitiba (PR). **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 3, p. 311-321, 2008.

BAUER, de M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002. 520 p.

BAXTER, Y. C.; WAITZBERG, D. L. Nutrição oral nas afecções digestivas cirúrgicas. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 6, p. 481-512.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 17 p.

BORELLI, A. Envelhecimento ósseo: osteoporose. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 5, p. 297-307.

BÓS, A. J. G. Características fisiológicas do processo do envelhecimento. In: BUSNELLO, F.N. **Aspectos Nutricionais do Envelhecimento**. São Paulo: Atheneu. 2007. cap. 1. p. 3-8.

BRASIL. Ministério da Cultura. Fundação Biblioteca Nacional. Departamento Nacional do Livro. **Carta de Pero Vaz de Caminha**. s/d. Disponível em: <http://objdigital.bn.br/Acervo_Digital/Livros_eletronicos/carta.pdf> . Acesso em 18 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Portaria nº 398, de 30 de abril de 1999. **Diretrizes básicas para análise e comprovação de propriedades funcionais e ou de saúde alegadas em rotulagem de alimentos**, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição: material de apoio para profissionais de saúde** /Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso. 2007**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 27 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de saúde do idoso. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: Guia Operacional e Portarias Relacionadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 104 p.

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: Ministério da Saúde, 2009. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.

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**. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM no 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília: MDS, 2012. 68 p.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria nacional de promoção defesa dos direitos humanos. **Dados sobre envelhecimento no Brasil**. s/d. Disponível em: <<https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos-da-pessoa-idosa/publicacoes/dadosobreoenvelhecimentonobrasil.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2017.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUZZACHERA, C. F. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade geral e central em mulheres idosas da cidade de Curitiba, Paraná. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 5, p. 525-533, 2008.

CALDAS, C. P. O Desenvolvimento Histórico e Teórico da Gerontologia. In: VERAS, R.; LOURENÇO, R. **Formação Humana em Geriatria e Gerontologia: uma Perspectiva Interdisciplinar**. Rio de Janeiro: DOC, 2010. cap. 1, p. 15-38.

CAMARGOS, C. N. Da Política e do Envelhecimento: o Profissional Nutricionista, seu Código de Ética e o Estatuto do Idoso. In: NÓBREGA, O. T.; PAULA R. S. **Nutrição e Longevidade**. Brasília: Uni- versa, 2010. cap. 1, p. 9-18.

CAMARGOS, C. N. Panorama de Interiores: o Profissional Nutricionista e o Estatuto do Idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 3, p. 489-495, 2009.

CAMPOLINA, A.G. et al. A transição de saúde e mudanças na expectativa de vida da população idosa: possíveis impactos na prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, 2013.

CAMPS, S.G. et al. Does the ingestion of a 24 hours low glycaemic index Asian mixed meal diet improve glycaemic response and promote fat oxidation? A controlled, randomized cross-over study. **Nutrition Journal**, v. 16, n.1, p. 1-10, 2017.

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 304 p.

CANESQUI, A. M.; RIAL, C. S. M. Brasil: primeiros escritos sobre comida e identidade. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. cap. 5, p. 87-100.

CANGUILHEM, G. **Le normal et le pathologique**. Paris: PUF, 1966. 300 p.

CARNEIRO, H. **Comida e sociedade: uma história da alimentação**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. 148 p.

CARVALHO, G.; PERUCHA, V. P. Anuário Nutrição Clínica Funcional da Teoria à Prática. **Revista de Nutrição Saúde e Performance**, São Paulo, v. 7, n. 29, 2006.

CARVALHO, J. A. M. Regional trends in fertility and mortality in Brazil. **Population Studies**, v. 28, n. 3, p. 401-421, 1974.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 597-605, 2008.

CASCUDO, L. C. **Dicionário do folclore brasileiro**. 11. ed. São Paulo: Global, 2002.

CERVATO-MANCUSO, A. M. et al. Nutrição e alimentação em saúde pública. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. **Saúde Pública: Bases Conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008. 651 p.

CESAR, T. B.; WADA, S. R.; BORGES, R. G. Zinco plasmático e estado nutricional em idosos. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 3, p. 357-365, 2005.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 3 ed. São Paulo: Ática, 2004. 567 p.

CIZZA, G.; ROTHER, K. I. Was Feuerbach right: are we what we eat? **The Journal of Clinical Investigation**, v. 121, n. 8, p. 2969–2971, 2011.

COBAN, E.; TIMURAGAOGLU, A.; MERİÇ, M. Iron deficiency anemia in the elderly: prevalence and endoscopic evaluation of the gastrointestinal tract in outpatients. **Acta Haematologica**, v. 110, n. 1, p. 25-28, 2003.

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição**. v. 22, n. 6, p. 937-946, 2009.

COIMBRA, M. A., MEIRA, J. F. P., STARLING, M. B. L. **Comer e aprender: uma história da alimentação escolar no Brasil**. Belo Horizonte: MEC/INAE, 1982. 685 p.

CONCEITOS. **Rabino - Conceito, o que é, Significado**. 2017. Disponível em: <<https://conceitos.com/rabino/>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

CONCONE, M. H. V. B. A noção de Cultura. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 51-66, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS – CFN. **Prescrição dietética e convênios**. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2015/07/Prescricao-dietetica-e-convenios-0071.pdf>>. Acesso em 01 nov. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS – **Norma Técnica Dieta Detox – Para praticar e promover a alimentação saudável e adequada, conte com um nutricionista**. Brasília. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Dieta Low Carb é segura, mas não para todos**. 2017. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/index.php/dieta-low-carb-e-segura-mas-nao-para-todos/>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Recomendação CFN Nº 002 de 21 de agosto de 2015 – Óleo de Coco e Óleo de Canola.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRIICIONAL – CONSEA. **Encontro discutirá fortalecimento do Sisan nos estados e municípios.** 2018. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/noticias/2018/copy6_of_maio/plenaria-do-consea-debate-sistema-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional/view>. Acesso em: 20 nov 2018.

CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS 4 – CRN4. **Conselho: o início.** Disponível em: <<http://www.crn-4.org.br>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

COSTA, D. A importância do ensino da nutrição: o seu desenvolvimento no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 9, p. 645-650, 1953.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 332-340, 2008.

COZZOLINO, S. **Alimentos Funcionais**. Conselho Federal de Nutricionistas, 2003.

CRITTENDEM, A. N; SCHONORR, S. L Current views on hunter-gatherer nutrition and the evolution of the human diet. **American Journal of Physical Anthropology**, n. 162, v. 63, p.84–109, 2017.

CROCKETT, S. J.; SIMS, L. S. Environmental influences on children's eating. **Journal of nutrition education and behavior**, v. 27, n. 5, p. 235-249, 1995.

CRUZ, M. S. R.; MENEZES, J. S.; PINTO, O. Festas Culturais: Tradição, Comidas e Celebrações. In: I Encontro Baiano de Cultura – I EBECULT – FACOM/UFBA, 2008, Salvador/Ba. **I Encontro Baiano de Cultura**, 2008. p. 1-36.

DELACOUR, C. et al. Association Between Alcohol Consumption and Nocturnal Leg Cramps in Patients Over 60 Years Old: A Case-Control Study. **The Annals Of Family Medicine**, [s.l.], v. 16, n. 4, p.296-301, jul. 2018. *Annals of Family Medicine*. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.2238>.

DERAM, S. **O Peso das Dietas: Emagreça de forma sustentável dizendo não às dietas**. 1. ed. São Paulo: Sensus, 2014. 320 p.

DESCARTES, R. **As paixões da alma**. 1 ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998. 360 p.

DIEZ-GARCIA, R. W.; CASTRO, I.R.R. A culinária como objeto de estudo e de intervenção no campo da Alimentação e Nutrição. **Ciências & Saúde Coletiva**. v.

16, n. 1, 2011.

DORES, S. **Nutrição e envelhecimento**. In: JUNIOR, E. D. A. **Envelhecimento e vida saudável**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009. cap. 9. p. 161-174.

DUARTE, L. T. **Envelhecimento: processo biopsicossocial**. 2008. Monografia (Monografia para Curso Virtual Educación para el Envejecimiento – Curso de Medicina). Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2008.

EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA – EMBRAPA. **Nutritivas e sustentáveis, leguminosas de grãos secos são destaque em 2016**. 2016. Disponível em: <<https://www.embrapa.br/busca-de-noticias/-/noticia/18204770/nutritivas-e-sustentaveis-leguminosas-de-graos-secos-sao-destaque-em-2016>>. Acesso em: 8 nov. 2018.

ESTRELA, K. C. A. e col. Adesão às orientações nutricionais: uma revisão de literatura, **DEMETRA: Alimentação, nutrição & saúde**, v.12, n.1, p. 249-274, 2017.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 1517 p.

FISBERG, R. M. et al. Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 222-230, 2013.

FLOREANI, A. Liver diseases in the elderly: an update. **Digestive Disease**, v. 25, n. 2, p. 138-143, 2007.

FLORENTINO, A. M. Influência dos fatores econômicos, sociais e psicológicos no estado nutricional do idoso. In: FRANK, A. A.; SOARES, E. A. **Nutrição no envelhecer**, 2002. cap. 1. p. 3-11.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade II – O Uso dos Prazeres**. 8. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1998, 252 p.

FRANCO, S. G.. Morrer pela boca. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.17-27, mar. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-47142013000100002>.

FRANK, A. A.; SOARES, E. A. Cálcio e Vitamina D e outros nutrientes na prevenção e tratamento da osteoporose. In: FRANK, A. A.; SOARES, E. A. **Nutrição no envelhecer**, 2012. cap. 10, p. 195-215.

FRANK, A. A.; SOARES, E. A.; FERNANDES, A. D. Adequação de proteínas e lipídios na dieta do idoso. In: FRANK, A. A.; SOARES, E. A. **Nutrição no Envelhecer**, 2002a. cap. 2, p. 73-98.

FRANK, A. A.; SOARES, E. A.; FERNANDES, A. D. Nutrientes antioxidantes na saúde dos idosos: vitamina A, vitamina E e zinco. In: FRANK, A. A.; SOARES, E. A. **Nutrição no Envelhecer**. 2002b, p. 99-116.

FREITAS, A. M. D. P.; PHILIPPI, S. T.; RIBEIRO, S. M. L. 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.; FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA, N. **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura**. Salvador: EDUFBA, 2008. 422 p.

FREIXA, D.; CHAVES, G. **Gastronomia no Brasil e no Mundo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Senac, 2008. 255 p.

FRIAS L. A. M.; CARVALHO, J. A. M. Fecundidade nas regiões brasileiras a partir de 1903: uma tentativa de reconstrução do passado através das gerações. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, IX. **Anais...** Caxambu, Abep, 1994, p. 23-46.

GAMBERT, S. R.; PINKSTAFF, S. Emerging epidemic: diabetes in older adults: demography, economic impact, and pathophysiology. **Diabetes Spectrum**, v. 19, n. 4, p. 221-228, 2006.

GARCIA, R. W. D.. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.455-467, set. 1997. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1997000300021>.

HALLEGRAEFF, J. M.; GREEF, M. H. de; SCHANS, C. P. van Der. An effective stretching regimen to prevent nocturnal leg cramps. **Journal Of Physiotherapy**, [s.l.], v. 59, n. 4, p.279-279, dez. 2013. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s1836-9553\(13\)70214-5](http://dx.doi.org/10.1016/s1836-9553(13)70214-5).

HENRY, A. G. Neanderthal Cooking and the Costs of Fire. **Current Anthropology**, v. 58, n. 16, 2017.

HERNÁNDEZ, J. C. Patrimônio e Globalização: o caso das culturas alimentares. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. cap. 2. p. 129-146.

HILL, C. et al. The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics consensus statement on the scope and appropriate use of the term probiotic. **Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology**, [s.l.], v. 11, n. 8, p.506-514, 10 jun. 2014. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1038/nrgastro.2014.66>.

HOLLAND, C. V.; SZARFARC, S. C. Todos juntos ao redor da mesa: uma avaliação qualitativa da alimentação em abrigos do município de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**, v. 31, n. 2, p. 39-52, 2006.

IACUB, R. **Más allá del anti-aging: el envejecimiento positivo**. 2016. Disponível em <https://www.clarin.com/sociedad/alla-anti-aging-envejecimiento-positivo_0_4kqdnezMW.html> Acesso em: 12 de out. 2018.

IBOPE. **Gerações Y e Z: juventude digital**. 2010. Disponível em: <http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/Documents/geracoes%20_y_e_z_divulgacao.pdf> Acesso em: 25 maio 2018.

INFOPEDIA. **CPAP in Dicionário infopédia de Termos Médicos**. Porto: Porto Editora, 2003-2018. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/CPAP>>. Acesso em: 14 nov 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE - IOM. **Dietary reference intakes for energy carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids**. Washington: National Academy press, 2002. 1357 p.

INSTITUTE OF MEDICINE - IOM. **Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements**. Washington, DC: The National Academies Press, 2006. 1330 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011a. 45 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: análises do consumo alimentar pessoa no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011b. 150 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 2000-2060**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 119 p.

ISER, B. P. M. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais do Brasil: principais resultados do Vigitel 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 9, p. 2343-2356, 2012.

KEUSCH, G. T. The History of Nutrition: Malnutrition, Infection and Immunity. **The Journal of Nutrition**, v.133, n.1, p. 336-340, 2003.

KRAEMER, F. B. et al. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1337-1359, 2014.

L'ABBATE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil: I. Período de 1940 a 1964. **Revista de Nutrição da PUCCAMP**, v. 1, n. 2, p. 87-138, 1988.

LANDRY, A. **La révolution démographique: études e essais sur les problèmes de la population**. Paris: Librairie du Recueil Sirey, 1934. 227 p.

LATHAM, M. C. **Nutrición humana em el mundo en desarrollo**. Estados Unidos: Colección FAO, 2002. 546 p.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

LEME, L. E.G. A Gerontologia e o Problema do Envelhecimento: visão histórica. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005. p.13-25

LEONARDO, M. Antropologia da Alimentação. **Revista Antropos**. v. 3, n. 2, p. 1-6, 2009.

LEONE, E. T.; MAIA, A. G.; BALTAR, P. E. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. **Economia e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 59-77, 2010.

LESTRINGANT, F. De Jean de Léry a Claude Lévi-Strauss: por uma arqueologia de *Tristes trópicos*. **Revista de Antropologia**, v. 43, n. 2, p.81-103, 2000.

LIMA, E. S. **Gênese e constituição da educação alimentar: a instauração da norma**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 5, n.1, p. 57-84, 1998.

LODY, R. **Eparrei, Bárbara: fé e festas de largo do São Salvador**. Rio de Janeiro: Centro Nacional de Folclore e Cultura Popular, 2004. 48 p.

MACHADO, P. Reflectindo sobre o conceito de envelhecimento activo, pensando no envelhecimento em meio urbano. **Fórum Sociológico**, n.17, p. 53-63, 2007.

MAGALHÃES, R. **Fome: uma (re)leitura de Josué de Castro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 87 p.

MALTA, M. B.; PAPINI, S. J.; CORRENTE, J. E. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista: aplicação do Índice de Alimentação Saudável. **Ciência & Saude Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 377-384, 2013.

MARCHIOLI, R. Antioxidant vitamins and prevention of cardiovascular disease: laboratory, epidemiological and clinical trial data. **Pharmacological Research**, v. 40, n. 3, p. 227-238, 1999.

MARLOWE, F. W. Hunter-Gatherers and Human Evolution. **Evolutionary Anthropology**, v. 14, n. 2, p.54-67, 2005.

MARTINS DE SÁ, J. L. A formação de recursos humanos em gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 160, p.1473-8.

MARUCCI, M. F. N.; GOMES, M. M. B.; ROEDIGER, M. A. Nutrição em Gerontologia. In: SILVA, S. M. C. S.; MURA, J. D. P. **Tratado de Alimentação, Nutrição & Dietoterapia**. 3. ed. São Paulo: Payá, 2016. cap.22. p. 455-484.

MAURÍCIO, H. V. Evolução da nutrição e do seu ensino no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Nutrição**, v. 20, n. 2, p. 117-134, 1964.

MAZOYER, M.; ROUDART, L. **História das agriculturas no mundo: do neolítico à crise contemporânea**. São Paulo: Editora UNESP. 2010. 568 p.

MENEZES, M. A. A. Do método do caso ao case: a trajetória de uma ferramenta pedagógica. **Educação e Pesquisa**, v. 35, n. 1, p. 129-143, 2009.

MENEZES, T. N.; NUNES, M. F. M.; HOLANDA, I. M. M. Ingestão de cálcio e ferro alimentar por idosos residentes em instituições geriátricas de fortaleza. **Revista Saúde**, v. 1, n. 2, p. 100-109, 2005.

MENNUCI, L.; TIMERMAN F.; ALVARENGA, M. Como a subjetividade influencia o comportamento alimentar. ALVARENGA, M. et al. **Nutrição Comportamental**. São Paulo: Manole, 2015. cap. 3, p.51-67.

MESSY, J. **A pessoa idosa não existe**. 2. ed. São Paulo: Editora Aleph, 1999. 160 p.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 81 p.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MORAES, V. de. A propaganda sazonal de Natal e as representações imagéticas da família no Brasil. **Revista Ciências**, v. 6, n. 1, p. 191-206, 2013.

MOURÃO, D. M. et al. Biodisponibilidade de vitaminas lipossolúveis. **Revista Nutrição**, v. 18, n. 4, p. 529-539, 2005.

MOUSTAKAS, D. et al. Guarana Provides Additional Stimulation over Caffeine Alone in the Planarian Model. **Plos One**, [s.l.], v. 10, n. 4, p.1-17, 16 abr. 2015. Public Library of Science (PLOS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0123310>.

MUCIDA, A. **Escrita de uma memória que não se apaga: Envelhecimento e Velhice**. 1. ed. Minas Gerais: Autêntica, 2009. 152 p.

NASCIMENTO, N. C. et al. Adesão à terapia nutricional por pacientes diabéticos internados em um hospital público do município de Curitiba-PR. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 12, n.41, p. 5-10, 2014.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, n. 1, p. 4-6, 2008.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 731-757, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ALIMENTAÇÃO E AGRICULTURA – FAO. **Legumbres, nueces y semillas oleaginosas**. s/d. Disponível em: <<http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0v.htm>> . Acesso em: 12 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças Transmissíveis e Não-Transmissíveis**. s/d. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569:conceito-doencas-cronicas-nao-transmisiveis&Itemid=463>. Acesso em: 2 set. 2017.

PADILHA, D. M. P. et al. Odontogeriatrics na Universidade: para não perder tempo. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 39, n. 1, p. 14-16, 1998.

PALLONI, A; PELÁEZ, M. Histórico e natureza do estudo. SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, T. A. O. **O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: OPAS, 2003, p-13-32.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005. Cap. 1, p.3 -12.

PENA, R. F. A. **Pirâmide etária da população brasileira**. 2017. Disponível em: <<http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/piramide-etaria-populacao-brasileira.htm>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

PEREIRA, R. J.; COTTA, R. M. M.; FRANCESCHINI, S. C. C. Fatores associados ao estado nutricional no envelhecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 16, n. 3, p. 160-64, 2006.

PIRLICH, M; LOCHS, H. Nutrition in the elderly. **Best Practice & Research Clinical Gastroenterology**, v. 15, n. 6, p. 869-84, 2001.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 491-501, 2006.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p.57-68, 2004.

PROMISS. **PROMISS Newsletter**. 2016. Disponível em: <<http://www.promiss-vu.eu/>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

PROUST, M. **Em busca do tempo perdido – No caminho de Swann**. 1. ed. São Paulo: Globo, 2006. 558 p.

QUEIRÓZ, E. F. et al, Two new tropane alkaloids from the bark of *Erythroxylum vacciniifolium* Mart. (Erythroxylaceae), **Natural Products Communication**, n.10, v.4, p. 1337- 40, 2009.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n. 3, p.793-797, 2003.

RIBEIRO, Sandra M. L.; KEHAYIAS, Joseph J. Sarcopenia and the Analysis of Body Composition. **Advances In Nutrition**, [s.l.], v. 5, n. 3, p.260-267, 1 maio 2014. Oxford University Press (OUP).

ROBERFROID, M. B. Concepts and strategy of functional foods Science: the European perspective. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 71, n. 6, p. 1660-1664, 2000.

ROCHA, A.; SILVA, J. F. **Consumo na base da pirâmide: estudos brasileiros**. Rio de Janeiro: Mauad, 2009. 255 p.

ROE, D. A. The Elderly in our Society. In: ROE D. A. **Geriatric Nutrition**. 2. ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1987. 267 p.

RUSSEL, R. M.; RASMUSSEN, H.; LICHTENSTEIN, A. H. Modified food guide pyramid for people over seventy years of age. **The Journal of Nutrition**, v. 129, n. 3, p. 751-53, 1999.

SALLES, N. Is stomach spontaneously ageing? Pathophysiology of the ageing stomach. **Best Practice & Research Clinical Gastroenterology**, v. 23, n. 6, p. 805-819, 2009.

SAMPAIO, L. R. Avaliação nutricional e envelhecimento. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 4, p. 227-232, 2004.

SANTOS, C. R. A. dos. A comida como lugar de história: as dimensões do gosto. **História: Questões & Debates**, n. 54, p. 103-124, 2011.

SANTOS, G. D. dos; RIBEIRO, S. M. L. Aspectos afetivos relacionados ao comportamento alimentar dos idosos frequentadores de um Centro de Convivência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 319-328, 2011.

SANTOS, LAS. **O corpo, o comer e a comida**: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo [online]. Salvador: EDUFBA, 2008, pp 1-13. ISBN 978-85-232-1170-7. Available from Scielo Books <<http://books.scielo.org>>.

SANTOS, S. S.C. Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin. **Textos sobre Envelhecimento**, v. 6, n. 2, p. 77-91, 2003.

SARTI, C. A. A família como ordem simbólica. **Psicologia USP**, v. 15, n.3, p. 11-28, 2004.

SARTI, C. A. A velhice na família atual, **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 14. n. 2, p. 91-96, 2001.

SARTI, C.A. família e jovens: no horizonte das ações. **Revista Brasileira de Educação**, n.11, p. 99-109, 1999.

SILVA, E. F. O. da; GATTI, A. L.; GOULART, R. M. M. Lembranças gustativas e alimentação em idosas entre 60 e 80 anos. **Revista Kairós**, v. 18, n. 2, p.59-80, 2015.

SILVA, V. P.; CÁRDENAS, C. J. A Comida e a sociabilidade na velhice. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 51-69, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - **V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose** - Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 101, No 4, Supl. 1, Outubro 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - SBGG. **I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados**. Barueri: Minha Editora, 2011. 126 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (Brasil) (Ed.). **DIRETRIZES DA AMB: INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA**. São Paulo, 2007. 24 p.

SOUZA, C. S. T. et al. Origem e história da nutrição em gerontologia. In: SILVA, M. L. N.; MARUCCI, M. F. N.; ROEDIGER, M. A. **Tratado de nutrição em gerontologia**, 2016. cap.1. p. 3-10.

SOUZA, E. C. M. P. **Alimentação como cerimônia indispensável do convívio humano**. 2012. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós Graduação em Gestão de Projetos Culturais e Organização de Eventos) – Escola de Comunicação e Artes (ECA), São Paulo, 2012.

SOUZA, P. R. **Religião e Comida – Como as práticas alimentares no contexto religioso auxiliam na construção do Homem**. 2014. 181 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

STACEY, A. **O Alcorão é o livro final e autêntico revelado por Deus Todo-Poderoso**. 2015. Disponível em: <<https://www.islamreligion.com/pt/articles/3277/o-alcorao-e-autentico/>>. Acesso em: 18 nov 2018.

STRAUSS, C. L. **O cru e o cozido**. 1 ed. São Paulo: Brasiliense, 1991. p. 225.

STÜRMER, J. S. Alimentos funcionais no envelhecimento. In: BUSNELLO, F. N. **Aspectos Nutricionais do Envelhecimento**. São Paulo: Atheneu. 2007. cap. 8. p. 79-86.

TARDIDO, A. P.; FALCÃO, M. C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 2, n. 21, p. 117-124, 2006.

TCHAKMAKIAN, L. A.; FRAGELLA, V. S. As interfaces da alimentação, da nutrição e do envelhecimento e o processo educativo sob a visão interdisciplinar da Gerontologia. In: Papaléo Netto M. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 37, p. 469- 478.

TFOUNI, S. A. V. et al, Contribuição do guarana em pó (*Paullinia cupana*) como fonte de cafeína na dieta. **Revista de Nutrição**, v. 20, n.1, 2007

THOMPSON, W. S. Population. **American Journal of Sociology**, v. 34, n. 6, p. 959-975, 1929.

TODHUNTER, E. N. Some aspects of the history of Dietetics. **World review of nutrition and dietetics**, v. 5, p. 32-78, 1965.

TONI, G. **“Nova realidade”, destaca Skaf sobre estudo da FIESP que mostra efeitos da crise na mesa dos brasileiros**. 2018. Disponível em: <<http://www.fiesp.com.br/noticias/nova-realidade-destaca-skaf-sobre-estudo-da-fiesp-que-mostra-efeitos-da-crise-na-mesa-dos-brasileiros/>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

TOSATO, M. et al. The aging process and potential interventions to extend life expectancy. **Clinical Intervention Aging**, v. 2, n. 3, p. 401-412, 2007.

TURNER, B. **El Cuerpo e la Sociedad**. México: Fondo de Cultura Económica, 1989. 324 p.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division 2013. **World Population Ageing 2013**. Nova York: United Nations publication, 2013.

VAN DER POLS-VIJLBRIEF, R. et al. Determinants of protein-energy malnutrition in community-dwelling older adults: a systematic review of observational studies. **Ageing Research Reviews**, v. 18, p. 112-131, 2014.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VASCONCELOS, F. A. G. **A política social de alimentação e nutrição no Brasil: acumulação de capital e reprodução da fome/desnutrição: do Estado Novo à Nova República**. João Pessoa, 1988. 207 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, 1988.

VASCONCELOS, F. A. G. **Como nasceram os meus anjos brancos: a constituição do campo da nutrição em saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro, 1999. 266 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

VASCONCELOS, F. A. G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Nutrição**, v. 15, n.2, p. 127-138, 2002.

VASCONCELOS, F. A. G.; CALADO, C. L. A. Profissão nutricionista: 70 anos de história no Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 605-617, 2011.

VELHO, G. **Observando o Familiar: individualismo e cultura**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

VELHO, G. **Subjetividade e sociedade: uma experiência de geração**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 1986.

VERAS, R. P. **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: Unaty UERJ, 2001. 143 p.

WARDLE, J., CARNELL, S., COOKE, L. Parental control over feeding and children's fruit and vegetable intake: how are they related? **Journal of the American Dietetic Association**, v. 105, n. 2, p.227-232, 2005.

WEBER, M. **Economía y sociedad - Esbozo de sociología comprensiva**. 1. ed., Madri: Fondo de Cultura Económica, 1944. 25 p.

WEDIG, J. W.; MENASCHE, R. Comida e classificações: homens e mulheres em famílias camponesas. **Caderno Espaço Feminino**, v. 20, n. 2, p. 57-74, 2008.

WOORTMANN, K. Hábitos Alimentares. In: Coletânea de Palestras do 1º Congresso Brasileiro de Gastronomia e Segurança Alimentar 2004. **Anais...**Brasília: UNB, 2004. p. 44.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Definition of an older or elderly person**. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/heathinfo/survey/ageingdefnolder/en/>>. Acesso em: 27 mai. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Encuesta multicentrica: salud, bien estar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe**. Washington: World Health Organization, 2001. 93 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Org.). **World Health Organization - Nutrition**. Disponível em: <www.who.int/nutrition>. Acesso em: 17 dez. 2018.

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

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução Ana Torel; revisão técnica Claudia Damascena. 4.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010

YPIRANGA, L.; GIL, M. F. Formação profissional do nutricionista: por que mudar?
In: CUNHA, D. T. O.; YPIRANGA, L.; GIL, M. F. **II Seminário Nacional sobre o Ensino de Nutrição**. Goiânia: FEBRAN, 1989. p. 20-36.